

**CONDUCTAS SEXUALES EN GESTANTES QUE ASISTEN AL CURSO DE  
PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD DE UN MUNICIPIO DE  
CUNDINAMARCA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2019**

Leidy Geraldine Robayo Salazar

Deicy Yolima Villamil Ángel

Natalia Benítez Romero

Asesora: Enf. Mg. Jenny Paola Blanco Sánchez

Universidad ECCI.  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Programa de Enfermería.

Bogotá

2019

Dedicamos este proyecto de investigación a nuestras familias ya que nos apoyaron durante todo este proceso universitario.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradecemos a Dios por darnos la oportunidad por guiarnos en el camino y fortalecernos espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito, también queremos agradecer a la Universidad ECCI por ser nuestra alma máter durante estos cuatro años de formación académica.

Agradecemos a nuestros docentes ya que de manera directa o indirecta fueron los responsables de realizar sus aportes en este valioso proceso, pero le damos gracias especialmente a la docente Paola Blanco por su dedicación y empeño. ¡Gracias a todos ustedes!, hoy se ven reflejados sus aportes en la culminación de nuestro paso por la universidad.

Nuestras familias fueron nuestros mayores promotores durante estos años de formación profesional y agradecemos a la población gestante participante en la investigación.

## Resumen

La salud sexual debe ser un derecho humano básico para alcanzar una sexualidad saludable. El periodo que abarca el embarazo, resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el que se produce una serie de cambios que repercutirán en su vida y, por lo tanto, en su sexualidad. El objetivo fue describir las conductas sexuales en gestantes que asisten al curso de preparación para la maternidad y paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, teniendo una muestra de 18 gestantes. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras. La información recogida se analizó mediante la tabulación de la misma, para esto, se utilizó el programa ofimático Microsoft Excel. El 56% es de zona rural, el 66% está entre los 21 y los 34 años de edad, el 6% tiene un título profesional y el 78% completó bachillerato, el 50% se encontraba en el tercer trimestre de gestación. El 44% tiene relaciones 2 veces por semana. La iniciativa para tener relaciones sexuales fue de pareja con un 72%. El 78% de las gestantes manifestó sentir deseo algunas veces, el 67% siempre siente placer, el 50% siempre lubrica durante la relación sexual, el 22% nunca siente orgasmo y el 39% siempre siente un orgasmo, el 39% manifestó sentir dolor algunas veces, el 78% siente satisfacción. El 80% practica coito, el 72% nunca se masturba, el 44% nunca realiza masturbación en pareja, el 5% siempre realiza penetración anal mientras que el 78% nunca lo practica, el 61% nunca practica sexo oro-genital. La posición que prefieren adoptar es ella sobre él con un 37%. La sexualidad, a pesar de ser un componente básico en el comportamiento humano, hoy en día sigue siendo un tabú, negando a muchas personas disfrutar y explorar su sexualidad plenamente, siendo la etapa del embarazo una de las más afectadas por desconocimiento frente a la práctica de la misma, lo cual está ligado a la edad, nivel de escolaridad, tipo de población, y lugar de procedencia.

## **Abstract**

Sexual health must be a basic human right to healthy sexuality. The period of pregnancy is one of the most important stages for every woman, during which there are a series of changes that will affect her life and, therefore, her sexuality. The objective was to describe the sexual behaviour of pregnant women attending the maternity and paternity preparation course in a municipality of Cundinamarca during the second half of 2019. Quantitative, descriptive, cross-sectional study with a sample of 18 pregnant women. A questionnaire developed by the researchers was used for data collection. The information collected was analyzed by means of the tabulation of the same, for this the office program Microsoft Excel was used. 56% are from rural areas, 66% are between 21 and 34 years of age, 6% have a professional degree and 78% have completed a baccalaureate, 50% are in the third trimester of pregnancy. 44% have sex twice a week. The initiative to have sex was a 72% partner. 78% of pregnant women expressed desire sometimes, 67% always feel pleasure, 50% always lubricate during sexual intercourse, 22% never feel orgasm and 39% always feel orgasm, 39% felt pain sometimes, 78% felt satisfaction. 80% practice coitus, 72% never masturbate, 44% never masturbate in a couple, 5% always perform anal penetration while 78% never practice it, 61% never practice gold-genital sex. The position they prefer to take is her over him with 37%. Sexuality, despite being a basic component of human behavior, today remains a taboo, denying many people the full enjoyment and exploration of their sexuality, the pregnancy stage is one of those most affected by ignorance of the practice of pregnancy, which is linked to age, level of schooling, type of population, and place of origin.

## Introducción

La Sexualidad es parte importante a lo largo de la vida de todo ser humano, es una forma de expresión corporal en la cual se van involucrados también los sentimientos. Sin embargo, se puede ver afectada o alterada por diferentes factores.

Actualmente, es fácil encontrar información que hable de sexualidad en forma generalizada e incluso información muy explícita, pero hay aspectos muy importantes que se están dejando de lado, como lo es la sexualidad durante el embarazo. Es poco común encontrar información o que las personas hablen de este tema, generando un sin número de dudas por no saber qué hacer, cómo hacerlo o a quién preguntarle, creyendo que esto se debe anular durante el estado de gestación.

En los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, por normatividad, se establece hablar de sexualidad durante la gestación, pero en realidad este tema no es abordado por los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que estos cursos son el momento adecuado para dar información con respecto a la salud sexual de las gestantes y sus parejas. Pero se sigue dejando de lado la importancia de realizar Investigaciones y programas dirigidos a la sexualidad durante la gestación, programas que abarcan temas de interés para las familias gestantes, que ayudan resolviendo dudas y dando educación sexual, para así garantizar el pleno goce de su sexualidad.

A nivel mundial, existen pocas investigaciones que abordan la sexualidad durante la gestación, y esto se da porque hay factores tales como la religión y la cultura que generan mitos, creencias y pensamientos erróneos frente al tema, impidiendo que las gestantes expresen o hablen abiertamente de su sexualidad, por ello son escasos los estudios y programas dirigidos a la sexualidad que generen este tipo de información, también son muy pocos o no contienen los temas necesarios para lograr abordar la sexualidad de forma holística en una gestante.

## Tabla de Contenido

Capítulo 1. Marco de referencia.....	13
Descripción del problema .....	13
Pregunta de investigación .....	25
Justificación.....	26
Significancia disciplinar. ....	26
Significancia Teórica. ....	26
Significancia Social. ....	26
Objetivo General .....	27
Objetivos específicos .....	27
Definición de conceptos .....	27
Conductas sexuales.....	27
Embarazo o gestación.....	27
Salud sexual.....	28
Sexualidad. ....	28
Capítulo 2. Marco Conceptual .....	29
Modelos de respuesta sexual humana. Modelo de respuesta sexual lineal de Masters y Johnson .....	29
Fase de Excitación. ....	30
Fase de Orgasmo. ....	30
Fase de resolución. ....	31
Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina por Rosemary Basson. ....	31
Actividad sexual durante el embarazo .....	33
Diferencias en la respuesta sexual durante la gestación.....	34
Deseo. ....	34
Excitación. ....	35
Meseta.....	35
Orgasmo.....	35

Resolución. ....	36
Cambios de la respuesta sexual según el trimestre de gestación.....	37
Primer trimestre. ....	37
Segundo trimestre. ....	37
Tercer trimestre.....	38
Cambios en la gestación, que afectan la sexualidad de la gestante.....	38
Cambios físicos .....	38
Cambios Hormonales .....	40
Cambios Psicosociales y emocionales .....	41
Cambios Culturales .....	41
Beneficio del sexo durante la gestación .....	42
Prácticas Sexuales .....	42
Practica Oro genital (bucogenital). ....	44
Práctica Coital (Pene-Vagina). ....	45
Práctica de auto masturbación y la masturbación en pareja. ....	45
Práctica penetración anal. ....	45
Posiciones sexuales .....	46
El sobre ella, Cara a Cara. ....	46
Ella sobre él, Cara Cara. ....	46
Posición coito por detrás. (Posición estilo perrito).....	47
Posición de lado (posición cucharita). ....	47
Mitos de la sexualidad durante el embarazo. ....	48
Frecuencia en las relaciones sexuales durante la gestación. ....	50
Comportamiento sexual del hombre durante el proceso de gestación. ....	50
Sexualidad .....	51
Derechos sexuales y reproductivos. ....	52
Complicaciones durante el proceso de gestación. ....	53
Complicaciones con el líquido amniótico. ....	53
Sangrado. ....	54
Embarazo ectópico. ....	54
Aborto espontáneo o pérdida del feto.....	54



Circulares de cordón en la gestación. ....	55
Complicaciones placentarias .....	56
Desprendimiento de la placenta.....	56
Placenta previa.....	56
Pre eclampsia y eclampsia. ....	57
Anemia.....	57
Depresión.....	57
Hiperémesis gravídica. ....	57
Hipertensión gestacional.....	58
Seguimiento y periodicidad de los controles. ....	58
Capítulo 3. Marco metodológico .....	60
Tipo de Estudio .....	60
Población.....	60
Muestra.....	60
Criterios de inclusión .....	61
Criterios de exclusión.....	61
Herramienta para la recolección de los datos .....	61
Procedimientos para la recolección de datos .....	62
Procedimientos para el análisis de datos .....	62
Criterios éticos .....	62
Propiedad Intelectual Universidad ECCI. ....	65
Capítulo 4. Resultados .....	67
Características sociodemográficas .....	67
Frecuencia en la relación sexual.....	71
Toma de iniciativa en la relación sexual. ....	72
Respuesta sexual humana.....	73
Prácticas sexuales.....	78
Posiciones sexuales .....	83
Conclusiones .....	84
Limitaciones.....	86
Recomendaciones .....	87

Bibliografía .....	88
Apéndice .....	91

### Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Casos notificados de VIH/Sida en gestantes. Colombia (2019). _____	19
Ilustración 2. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/Sida en gestantes. Colombia (2019). _____	19
Ilustración 3. Edad gestacional al diagnóstico de sífilis gestacional en Colombia año 2019 ____	20
Ilustración 4. Lugar de residencia _____	67
Ilustración 5. Edad _____	68
Ilustración 6 . Nivel de Escolaridad _____	69
Ilustración 7. Trimestre de gestación _____	70
Ilustración 8. Frecuencia relaciones sexuales _____	71
Ilustración 9. Iniciativa _____	72
Ilustración 10. Excitación _____	73
Ilustración 11. Deseo sexual _____	74
Ilustración 12. Orgasmo _____	75
Ilustración 13 Gráfica Dolor _____	76
Ilustración 14. Satisfacción _____	77
Ilustración 15. Coital _____	78
Ilustración 16. Auto- masturbación _____	79
Ilustración 17. Masturbación en pareja _____	80
Ilustración 18. Penetración anal _____	81
Ilustración 19. Oro- Genitales _____	82
Ilustración 20. Posiciones sexuales _____	83

## **Lista de Apéndices**

A.	Herramienta de recolección de datos .....	91
B.	Consentimiento informado.....	92

## **Capítulo 1. Marco de referencia**

### **Descripción del problema**

Según González Labrador & Miyar Pieiga, (2001) hace más de 500 años se conoce que ya la mujer era considerada como pertenencia personal, destinada a propiciar placer sexual y a funciones de reproducción, mientras que los hombres tenían derecho a practicar relaciones sexuales con varias mujeres y el sexo para ellos era considerado como una realidad más de la vida cotidiana. Con estas raíces como influencia se van formando los géneros y a punto de partida de ello se le asignan roles a cada sexo, que es lo que se espera socialmente que cada sexo haga. De igual manera empiezan a surgir los estereotipos sexuales.

La sexualidad es uno de los componentes más complejos pero básico del comportamiento humano. El ser humano a lo largo de la vida experimenta su sexualidad a través de diferentes comportamientos; teniendo en cuenta que el impulso sexual es biológico pero su expresión es definida por diversos aspectos psicológicos, sociales y culturales. Como lo mencionan Peña y Blanco, (2016) las relaciones sexuales satisfactorias contribuyen a una vivencia saludable de la sexualidad en su sentido más amplio, ayudando a mantener el equilibrio psicofísico del individuo y, por tanto, su estado general de salud. La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer y amor. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Ministerio de salud , (2019).

A las mujeres se les lastra la autoestima y el autoerotismo, pues no le es permitido manifestar sus deseos, pasiones y necesidades sexuales. Se niegan para ella los espacios públicos porque es de la casa. Se le prepara desde niña para la maternidad (su función principal como sexo), y se le enseña que debe ser buena madre, esposa fiel monogamia, cariñosa, dulce, comprensiva, no se le estimula el disfrute de la sexualidad, se limita la expresión de su conducta sexual, en fin, se le prepara para satisfacer y atender necesidades de otros. Por todo lo anterior, se han ido creando mitos y tabúes en la sexualidad femenina, entre los que tenemos los siguientes:

1. Miedo a la desfloración por la posible brusquedad del primer coito.

2. Poca utilización de caricias, porque por la educación recibida se imposibilita manifestar sus deseos y necesidades sexuales, y se les acostumbra a jugar un papel pasivo dentro de ellas.

3. Fingir el goce sexual, porque se reitera el temor a expresar sus necesidades y a que su pareja las rechace. En gran número de ocasiones la mujer no logra el placer sexual por tener un compañero sexual inepto en técnicas coitales.

Todo lo anterior influye en que la mujer no logre un pleno disfrute de sus encuentros sexuales. El disfrute de la sexualidad también se da dependiendo del lugar de procedencia, en Colombia tenemos diversidad de pensamientos y culturas, una de las más conservadoras es la cultura campesina, lastimosamente no se encontró información concisa sobre el sexo durante la gestación en mujeres campesinas, si no artículos relacionados con modelos tradicionales de familia campesina como lo dice Fagetti, (2002) el modelo de la familia campesina limita a la mujer a perder su virginidad con el esposo que quizá sus padres escogieron, garantizando así el linaje mas no la satisfacción sexual, impidiendo el goce de su sexualidad durante la gestación debido a creencias o tabúes propios de la cultura, conocemos diversas falacias que impiden las relaciones sexuales cómo: El pene va a golpear la cabeza del bebé, el bebé sabe que están teniendo relaciones sexuales, la penetración puede producir abortos, evidenciando la represión de los impulsos sexuales durante la gestación debido a temores o desconocimiento de la pareja.

La salud sexual debe ser un derecho humano básico para alcanzar una sexualidad saludable. El periodo que abarca el embarazo resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el que se produce una serie de cambios que repercutirán en su vida y, por lo tanto, en su sexualidad. El embarazo es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, a veces diferentes, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia.

En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,29 hijos, lo cual representa una disminución del 31,45% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985.1990, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos. Así mismo, se esperan 69,60 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, lo cual corresponde a la reducción de la tasa general de fecundidad en un

38,19% que significan 43 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años menos que en 2005. La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo que han experimentado las mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales. De acuerdo con la ENDS, entre 1985 y 2015, la brecha en las tasas de fecundidad entre quintiles de riqueza disminuyó considerablemente, al igual que la brecha entre área de residencia urbano/rural, sin embargo, esto no sucedió con las tasas en la gradiente definida por nivel educativo: las tasas de fecundidad en las mujeres sin educación son casi dos veces más altas que las de las mujeres con secundaria o más. Así mismo, existen importantes desigualdades entre departamentos: Arauca, Chocó, La Guajira y la región amazónica experimentan tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2015-2020, por su parte Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer. Moreno Segura, (2017).

Carta Peña & González Blanco, (2016) logran evidenciar, que hay diferentes aspectos físicos y emocionales que pueden alterar el comportamiento de la gestante, por ello algunas no se sienten atractivas para su pareja y otras gestantes tienen miedo porque creen que pueden lastimar el feto durante el coito, para llegar a la evaluación de la función sexual utilizaron dos instrumentos como: ficha de patrón sexual e Índice de Función Sexual Femenina con ello se evidenció la desinformación de las gestantes sobre su acto sexual dando los siguientes resultados: 110 mujeres dijeron haber recibido información sobre sexualidad de parte del personal médico, 82 a través de los medios de comunicación, 23 obtuvieron información de amigos y 26 refirieron otras fuentes, 104 mujeres señalaron no haber recibido nunca información sobre sexualidad. Relacionado a la epidemiología mencionada los resultados observados, describen ciertas características que abordan parte de la percepción de la mujer gestante en el desarrollo de sus prácticas sexuales durante este periodo; por ende, brinda información a la comunidad frente a estereotipos sociales que se fomentan relacionados a las prácticas sexuales en la mujer durante la gestación.

De González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015) se puede deducir que las prácticas sexuales, con respecto a la percepción de la calidad del sexo durante el embarazo, se puede determinar que en la calidad del sexo los cambios no son tan marcados conforme se incrementan los trimestres de gestación.

Respecto a la Función y patrón sexual: características, (2016) manifiestan que: La frecuencia global de disfunción sexual fue 63,5 %, en el primer trimestre fue 62,9 %, en el

segundo fue 55,9 % y en el tercero fue 75 %. La fase más afectada fue el deseo (67 %), la menos afectada fue la lubricación (33 %), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional, menos el dolor. La frecuencia de actividad sexual fue 2-3 veces por semana en 34,2 %, el coito fue la actividad sexual predominante (78 %), la orientación sexual que prevaleció fue heterosexual (88,1 %), la posición más practicada es mujer arriba–hombre abajo (46,9 %), la actividad sexual se vio limitada por dificultad de las posiciones sexuales (35,9 %), temor a hacer daño al bebé (25,5 %) y miedo al aborto (15,3 %), la fuente de información sobre la sexualidad durante el embarazo proviene del personal médico (31,9 %) pero 30,1 % refirió no haber recibido ninguna información.

El comportamiento de la conducta sexual: en la muestra se encontró que, 23 % refirió un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre, mientras que el resto prefirió mantenerse igual. El 64 % representó que la calidad de las relaciones sexuales era igual que antes del embarazo. El 89 % planteó que las relaciones sexuales habían sido gratificantes, y el 92 % consideró que las relaciones sexuales debían mantenerse durante el embarazo. González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015).

Evidenciando que las gestantes no tienen suficiente información sobre su sexualidad y son muy pocas las que obtienen información profesional de su acto sexual durante la gestación. En cuanto al patrón sexual, la frecuencia de actividad sexual es de 2-3 veces por semana. La posición más practicada es mujer arriba – hombre abajo. Las principales razones que limitan la actividad sexual son, dificultad con las posiciones, temor de hacer daño al bebé y miedo al aborto. Para Carta Peña & González Blanco, (2016) La fuente de información sobre la sexualidad durante el embarazo no proviene del personal médico.

Según Munares García & Álvaredo Rodríguez, (2017) en su artículo manifiestan que: Un grupo señaló no haber recibido ninguna información por parte de los profesionales de salud, enmarcando como tema de gran relevancia la educación para las gestantes. En el estudio las relaciones sexuales durante el tercer trimestre, van disminuyendo de las que practican cada 15 días (39,3%) a las que practican semanalmente (17,9%), pero se incrementa en los que lo practican mensualmente (35,7%). Probablemente los cambios fisiológicos del peso y aumento del abdomen hacen que las parejas que tenían relaciones sexuales frecuentes por semana, vayan reduciendo sus relaciones sexuales.



Para González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015) los cambios fisiológicos en el embarazo, afectan la imagen personal de la gestante, pero este no se altera con la iniciativa para la actividad sexual, la cual han podido demostrar que se encuentra inalterada durante el embarazo. Uno de los eventos más estudiados durante el embarazo es la frecuencia de relaciones sexuales, esta se reduce, pero no en todas las gestantes. Los efectos del embarazo sobre las funciones sexuales y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos la gestación puede ser un periodo de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios o experimentan disminución de deseos sexuales. Indican que la conducta sexual en el embarazo presenta modificaciones conforme se incrementan los trimestres del embarazo.

Se destaca que las gestantes pueden tener un aumento o disminución de la libido durante su embarazo y en sus estadísticas evaluaron si son ellas las que llevan la iniciativa en el acto sexual, sin embargo, no se valoró la educación, pero sí parámetros importantes en la práctica sexual haciendo énfasis en la satisfacción sexual, regularidad, juegos preliminares y presencia de orgasmo, valorando así la percepción de la gestante en su práctica sexual. “En el mundo actual, donde la sexualidad y su disfrute va mucho más allá de la reproducción en sí misma, el estudio de la conducta sexual durante el embarazo constituye objeto de interés”. La sexualidad desde siempre ha ocupado un lugar importante en la mayoría de las relaciones humanas, en particular, las que dan lugar a un embarazo y a la formación de una familia.” González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015)

Antiguamente, se tenía una concepción diferente de las prácticas sexuales durante el embarazo, pocos estudios plantean que estas tenían consecuencias nocivas durante el embarazo, que fueron cobrando interés y generando desconocimiento en las mujeres gestantes. Ahora las funciones, percepciones y sensaciones frente a la sexualidad en el embarazo varían, de una mujer gestante y otra, ya que cada una puede experimentar su sexualidad en esta etapa partiendo de diferentes concepciones y puntos de vista, como lo son el goce sexual con mayor conciencia y una disminución del acto sexual en las diferentes etapas de la gestación. Si bien hay diferencias marcadas entre cada mujer gestante, hay unas características comunes en la población gestante, como la ansiedad, irritabilidad, labilidad, sentimientos de ambivalencia y una creciente necesidad de apoyo y comprensión. Estos cambios, requieren de un apoyo integral de toda su red de apoyo y primordialmente de su pareja, pues este último es un pilar para mantener una vida sexual activa

y sana, sin llegar a concepciones de deterioro de las relaciones afectivas, pues a medida en que la gestación avanza, en la mujer gestante crece la necesidad de ser cuidada, de recibir más afecto, atención y sentirse protegida, pues esta es una etapa importante en la vida de una pareja, pues crea lazos para mejorar la comunicación. En este estudio se evidencia con mayor énfasis que las mujeres gestantes señalan mantener sus relaciones sexuales, para mantener una armonía con su pareja.

También hay un cambio notorio en la actividad sexual de las mujeres gestantes a medida que se dan los cambios físicos propios del embarazo, que afectan el disfrute de la actividad sexual, pues a medida que el embarazo avanza se generan molestias y también hay una disminución de la autoestima, por el cambio en su imagen corporal, sintiéndose poco atractivas y no deseadas por sus parejas. En otro punto de vista las parejas a medida que avanza el embarazo, manifiestan temor de lastimar al feto, que disminuye el disfrute del acto sexual. Por esto es importante señalar, que según este estudio falta información y educación al paciente, sobre la sexualidad en el embarazo, que nos permita, abarcar todo su entorno biopsicosocial.

Para Guibovich Mesinas, AnguloDelgado, & Luján Carpio, (2015) “La gestación, conlleva en la mujer a tener una serie de cambios: psicológicos, sociales y biológicos; teniendo como eje, su antecedente cultural, que define significativamente la conducta en varios ámbitos como en los cuidados prenatales, salud, alimentación, estrés y relaciones sexuales.”

La conducta sexual durante el embarazo es importante, ya que es determinante para fortalecer la unión con su pareja, ya que cada uno debe asumir un nuevo rol que es ser padres, sin olvidar el de pareja.

La falta de información sobre la sexualidad durante el embarazo, no solo afecta el rol de pareja, sino que es un factor de riesgo importante para contraer enfermedades como infecciones de transmisión sexual. Según Salud, Informe de evento VIH, (2019) el informe de eventos del SIVIGILA, durante diferentes periodos del presente año, fueron notificadas 108 mujeres gestantes con VIH/sida. Y con ello se presentaron enfermedades oportunistas en algunos de los casos notificados.

Ilustración 1. Casos notificados de VIH/Sida en gestantes. Colombia (2019).

Trimestre de embarazo	No. de casos	Porcentaje
Primer trimestre (Semana 1-13)	25	23,1
Segundo trimestre (Semana 14-27)	45	41,7
Tercer trimestre (Semana 28-42)	38	35,2
Total	108	100,00

Obtenido de Informe de evento VIH SIVIGILA, (2019)

Ilustración 2. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/Sida en gestantes. Colombia (2019).

Enfermedad oportunista	No. de casos
Candidiasis esofágica	166
Síndrome de emaciación	152
Tuberculosis pulmonar	125
Neumonía por Pneumocistis	85
Toxoplasmosis cerebral	70
Neumonía recurrente	55
Encefalopatías	54
Candidiasis de las Vías Aéreas	34
Hepatitis B	30
Tuberculosis Extrapulmonar	28
Sarcoma de Kaposi	28
Meningitis	27
Criptococcosis Extrapulmonar	19
Herpes Zoster	15
Citomegalovirus	14
Linfoma Inmunoblástico	11
Isosporidiasis Crónica	10
Septicemia Recurrente	9
Criptosporidiasis Crónica	7
Leucoencefalopatía Multifocal	7
Cáncer Cervical Invasivo	6
Retinitis por Citomegalovirus	6

Obtenido de Informe de evento VIH SIVIGILA, (2019)

Los casos confirmados de sífilis gestacional fueron de 3090. Según el Informe de evento Sífilis gestacional y sífilis congénita , (2019) El SIVIGILA notificó que los casos de sífilis gestacional durante el primer semestre del año 2019 incrementaron un 15.8 % respecto al año 2018.

Ilustración 3. Edad gestacional al diagnóstico de sífilis gestacional en Colombia año 2019

<b>Edad gestacional al diagnóstico</b>		
<b>Edad gestacional</b>	<b># de casos</b>	<b>%</b>
Primer trimestre (Sem 1-13)	1218	39,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	987	31,9
Tercer trimestre (Sem 28-42)	885	28,6
<b>Total</b>	<b>3090</b>	<b>100</b>

Obtenido de Informe de evento Sífilis gestacional y sífilis congénita , (2019)

Esto muestra la importancia y los beneficios que tiene abordar la sexualidad durante la gestación, permitiéndole a la gestante y su pareja, disfrutar de una vida sexual plena, disminuyendo a su vez, el riesgo de contraer una ITS durante el embarazo, afectando no solo la salud de las gestantes, sino también la del bebé. Esto también podría disminuir los costos en cuanto al tratamiento de enfermedades como el VIH/Sida y la sífilis gestacional, teniendo en cuenta la aparición de enfermedades oportunistas, que conllevan a otras complicaciones y gastos adicionales por parte del centro de salud.

Es importante hacer énfasis en las conductas sexuales, las cuales van cambiando con el paso del tiempo. Conocer más acerca de la sexualidad en las gestantes es primordial para mejorar el bienestar y el estado de salud de estas, puesto que el desconocimiento sobre la actividad sexual tiene una relación directa con la calidad de vida de la gestación, que podrían asociarse a factores de riesgo y conductas inadecuadas por desinformación y desconocimiento.

Las Rutas de atención en Salud, (2019) o más conocidas como RIAS definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Las RIAS están constituidas por tres tramos: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores. 2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para —evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. 3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Las siguientes rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, resaltan la importancia de promover una sexualidad saludable y valoran la situación frente al VIH e ITS. Rutas de atención en Salud, (2019)

1. Promoción y mantenimiento de la salud
2. Materno perinatal

La Rutas de atención en Salud, (2019) materno perinatal, es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Es así, que para su operación se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias.
2. Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.
3. Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, lo cual implica trascender de una gestión por estrategias temáticas atomizadas, a una integrada para garantizar el continuo de la atención.
4. Conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal (RIAMP), en el componente primario y complementario de la red, con criterios de proximidad, disponibilidad y accesibilidad, que faciliten el recorrido por las intervenciones incluidas en la ruta sin autorización adicional de servicios.
5. Desarrollar el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud.

La ruta materno-perinatal pretende fortalecer las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:

- Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc).
- Enfoque de género.
- Enfoque interseccional.
- Roles y estereotipos frente a la sexualidad y reproducción de hombres y las mujeres.
- Conductas proscritas de la atención que configuren violencia contra la mujer.

- Aspectos técnicos presentados en el presente lineamiento relacionados con los contenidos y características de la atención.

La ruta de atención materna perinatal, contempla el manual de preparación para la maternidad y la paternidad, a continuación, se desarrollan los conceptos:

Desde el enfoque de curso de vida, la maternidad y la paternidad se conciben como un suceso vital, que implica cambios físicos, psicológicos y emocionales en la mujer gestante que promueven o ponen en riesgo la salud física y mental de la mujer, y la de su hijo/a por nacer. El curso de preparación para la maternidad y la paternidad, es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio.

Las actividades que incluye el curso de preparación para la maternidad y la paternidad deben ser ejecutadas por un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de un psicopedagogo. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud , (2018)

El manual del curso de preparación para la maternidad y la paternidad, otorga al enfermero líder del curso, la siguiente información:

Sexualidad durante la gestación: Las relaciones sexuales durante la gestación normal no están contraindicadas, aun cuando durante el embarazo hay modificaciones en la respuesta sexual. La iniciación de la gestación tiene un efecto casi imposible de predecir en los deseos sexuales de la mujer. En general, estos disminuyen durante el primer trimestre, mientras que en el segundo aumentan más que durante la época de no embarazo, y vuelven a disminuir durante el tercer trimestre. Sin embargo, hay mujeres en las que el deseo sexual aumenta. Aun cuando algunos autores aconsejan limitar las relaciones sexuales al comienzo y al final de la gestación, debe darse la instrucción específica a cada gestante en particular, y sólo deben prohibirse cuando después de la relación sexual se presentan cólicos o sangrado.

Hay evidencia de que el coito en etapa tardía de la gestación puede desencadenar el trabajo de parto, tal vez por los componentes del semen, por lo que se recomienda restringir las relaciones sexuales en la amenaza de parto pre término.

Es importante que cada pareja comprenda que el embarazo debe ser uno de los periodos más libres de ansiedad y que deben ser espontáneos en las relaciones sexuales de la vida conyugal. Se les explicará que el coito no presenta ninguna amenaza para el parto en circunstancias normales. Si la pareja estaba en armonía sexual razonable antes del embarazo y no existen problemas no hay razón para anticipar que las actividades sexuales deban ser restringidas.

El embarazo es una buena época para aprender más sobre el funcionamiento del cuerpo femenino; la mujer empieza a saber cosas sobre su útero, su vagina y su musculatura del suelo pélvico, puede adquirir más sensibilidad y capacidad de respuesta en esas zonas de su cuerpo. Incluso, algunas mujeres experimentan su primer orgasmo durante la gestación. Muchas no conocían la función de los músculos del suelo pélvico durante la participación activa en el coito y algunas no habían explorado la configuración de la vagina, los labios y el clítoris. La sexualidad no es solo un problema de información, a ciertas mujeres no les gusta su cuerpo y no se interesan por él. Durante el embarazo pueden aprender por primera vez a conocerse y a sentirse cómodas consigo mismas. Algo muy importante y que inquieta a muchas parejas es la forma adecuada de tener la relación. Por lo general, las relaciones son posibles en posición lateral.

Conforme crece el Curso de preparación a la maternidad y paternidad, la mujer embarazada generalmente está más cómoda acostándose de lado con el útero sostenido en una almohada. Si durante la relación se acuesta de espalda el útero hace presión sobre los grandes vasos del abdomen hay posibilidades de que presente hipotensión y sensación de mareo; una almohada bajo las caderas durante la relación ayuda a evitar el mareo. La experiencia sexual durante el embarazo hace parte de un proceso de comunicación de la pareja que si se aprovecha es muy efectiva y distorsionante para el hombre y para la mujer. Es importante recalcar que no solo el coito produce satisfacción a la pareja, las caricias y los juegos producen también sensaciones placenteras. Para la mujer es muy importante sentirse amada físicamente durante la gestación; las caricias el contacto amoroso y el placer sexual forman parte de esta expresión física de afecto.



Actitudes hacia el sexo: Los temores a resultar poco atractiva para el compañero, a causa de su figura, pueden influir negativamente en las relaciones sexuales de la pareja.

- Al principio quizá no les apetezca, debido a las náuseas y vómitos, pero hacia los meses intermedios puede resultar agradable y satisfactorio.

- Los sentimientos de culpa y ansiedad de pensar que están haciendo algo peligroso para el niño, situación que puede resolverse con una orientación adecuada de un profesional de la salud.

Posiciones para las relaciones sexuales rara vez resulta cómoda la posición del misionero (el hombre tendido encima de la mujer), a menos que él se sostenga con los brazos y no deje caer todo su peso sobre ella. Vale la pena experimentar otras posturas con la mujer encima, o en las que la penetración se haga desde el lado o desde atrás. La bolsa de las aguas protege al niño y el tapón mucoso proporciona un sello de manera similar al corcho de una botella. Aunque el abdomen se mueva mucho, el único efecto sobre el niño consistirá en que se bambolee dentro de la bolsa de las aguas.

¿El orgasmo puede desencadenar el parto? Aunque el orgasmo femenino envuelve contracciones del útero, estas no desencadenarán el parto a menos que todo se encuentre dispuesto. Después del coito es normal sentir contracciones uterinas que usualmente ceden al cabo de unos minutos. El útero es un órgano activo y se contrae con regularidad desde que la niña tiene su primer periodo hasta la menopausia. Si hay antecedente de partos prematuros no debe haber coito. Si hay manchado, expulsión del tapón mucoso, no debe haber coito, porque el riesgo de infección aumenta.

La revisión anterior nos permite plantear la siguiente pregunta problema.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las conductas sexuales en las gestantes que asisten al curso de preparación para la maternidad y la paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019?

## **Justificación**

### **Significancia disciplinar.**

Es importante la investigación por parte del profesional de enfermería, ya que ve a la mujer gestante de forma holística y se necesitan más bases para realizar una adecuada promoción de la salud. El rol del profesional de enfermería en los cursos de preparación para la maternidad, tiene bastante valor social ya que enfermería lidera estos cursos y ayuda a fortalecer conocimientos a las gestantes y a sus parejas. Institución Amiga de la mujer y la infancia, (2009), debe enfocarse en gran medida en la educación sexual y emocional, teniendo en cuenta que dentro del manual del curso, se contempla hablar de sexualidad durante la gestación, para que las mujeres puedan vivir satisfactoriamente su gestación e intentar quitar tabúes sobre su sexualidad que se dan durante esta etapa, para así llegar a la completa e íntegra definición de salud brindada por la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, ayudando a permitir el goce de la sexualidad en cualquier ciclo de la vida, sin necesidad de ser interrumpido por desconocimiento.

### **Significancia Teórica.**

Al desarrollar este proyecto, se contribuye a la construcción del conocimiento en la disciplina de enfermería dado que se identificó que hay un vacío en el conocimiento.

### **Significancia Social.**

Con este proyecto se busca generar propuestas de intervención o herramientas para contribuir en los cursos de preparación para la maternidad paternidad, para contribuir con el bienestar y calidad de vida de las parejas gestantes.

El acto sexual comprende la percepción individual e íntima de cada persona, el sentirse amado y brindar amor son de vital importancia en la etapa de gestación, beneficiando la salud mental y emocional de la gestante. Pero no solo se busca una sexualidad segura durante el embarazo, también se busca mantener el vínculo en pareja ya que esta etapa no solo afecta la salud sexual de la mujer sino también la del hombre.

Para el varón la sexualidad es un medio de expresión del erotismo, también una forma de representar y de reafirmar su poder masculino. La sexualidad masculina es constantemente

estereotipada, piensan que solo se centra en el coito y en el propio placer, esto puede cambiar al momento de la gestación por mitos o miedos contenidos en el pensamiento del varón, impidiendo la realización de conductas sexuales o anulándolas completamente durante la gestación de su pareja.

### **Objetivo General**

Describir las conductas sexuales en gestantes que asisten al curso de preparación para la maternidad y paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes asistentes al curso de preparación para la maternidad y paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019.
- Identificar la frecuencia, iniciativa, respuesta sexual, prácticas sexuales y posiciones en gestantes que asisten al curso de preparación para la maternidad y la paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019.

### **Definición de conceptos**

Conductas sexuales.

Según los autores se definen las conductas sexuales como el comportamiento sexual que tiene el individuo frente a una respuesta a estímulos sensoriales, hormonales, psicológicos y de comportamiento, que generan cambios en sus interacciones a nivel de frecuencia, iniciativa, respuesta, práctica y posiciones a lo largo del desarrollo del acto sexual. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Embarazo o gestación.

Los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero, para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad según la Organización mundial de la salud , (2019).

### Salud sexual.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia según la Organización mundial de la salud , (2019)

### Sexualidad.

La sexualidad es una dimensión humana esencial. De acuerdo con la Organización mundial de la salud , (2019) la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. En donde para Carta Peña & González Blanco, (2016) abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

## Capítulo 2. Marco Conceptual

### **Modelos de respuesta sexual humana. Modelo de respuesta sexual lineal de Masters y Johnson**

Iniciamos hablando de algunos modelos sobre la respuesta sexual humana, una de ellos se dio inicio de la década de 1950, por Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) quienes llevaron a cabo una investigación pionera sobre la respuesta sexual humana, en dicha investigación se estudiaron tanto la fisiología como la psicología sexual humana, este estudio dio paso a un modelo de respuesta sexual lineal que se contempló tanto para hombres como para mujeres, en el cual se contemplaron las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Se describe según el estudio que la fase de excitación tiene un tiempo de duración de minutos a horas, y en ella se presentan cambios físicos como: aumento del nivel de tensión muscular, un aumento de la frecuencia cardíaca, y se inicia la vaso congestión con aumento de los órganos genitales, se produce la lubricación vaginal y las glándulas de Cowper secretan un el líquido lubricante en la uretra masculina.

La fase de meseta se mantiene hasta el momento del orgasmo, en esta fase la vejiga se Cierra para evitar la mezcla de la orina con el semen, en los músculos de la base del pene se presentan contracciones rítmicas que darán lugar a la expulsión del semen. Gutiérrez Teira, (2010).

En la Fase del orgasmo, se producen una serie de contracciones musculares involuntarias esfinterianas, también hay un incremento de la presión arterial, un aumento de la frecuencia cardíaca y un aumento de la frecuencia respiratoria, y posterior a esto hay una repentina liberación de la tensión nerviosa, en el estudio describen que en los hombres el orgasmo se logra con la posterior eyaculación del semen. Esta sensación se da, gracias a una acumulación inicial de los fluidos seminales en el bulbo uretral de la glándula prostática, que a medida que se acumulan generan una sensación de necesidad de eyacular, dicha sensación se experimenta como incontrolable e inevitable. Gutiérrez Teira, (2010)

En las mujeres hay unas contracciones rítmicas del útero y una tensión de sus músculos, lo que contribuye al orgasmo, que resulta en una experiencia placentera para la pareja. En la mujer se pudo observar que posterior a su fase de resolución, pueden volver de nuevo a la fase

orgásmica con la ayuda de mínimos estímulos, las cuales pueden experimentar orgasmos repetidos por más de una hora.

Durante la fase de resolución, el cuerpo vuelve a nivelar su frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial a sus valores normales y se elimina la contracción muscular acumulada, generando una sensación de bienestar. En los hombres hay un periodo refractario en el que no se puede tener un orgasmo. Esta fase tiene, un tiempo de duración variable desde varios minutos a días.

En estas fases fisiológicas, encontraremos unas respuestas sexuales características en cada uno de los individuos (hombre y mujer). Las cuales se describirán brevemente a continuación:

#### Fase de Excitación.

Órganos Genitales: En el hombre genera: erección del pene, aumento del tamaño y elevación de los testículos, tumescencia del glande, púrpura, secreción mucoide y secreción prostática y seminal. Órganos extra genitales: en el hombre se presenta: erección de los pezones, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, rubor sexual, aumento del tono sexual.

Para Gutiérrez Teira, (2010) En la mujer: se presenta tumescencia del clítoris y labios menores, lubricación vaginal, alargamiento del tercio externo de la vagina, elevación del clítoris, secreción de las glándulas para uretrales de Skene. Órganos extra genitales: erección de los pezones, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, elevación uterina, aumento de las areolas mamarias, rubor sexual, entre otros.

#### Fase de Orgasmo.

Órganos genitales: En el hombre: contracción de vesículas, próstata y conducto deferente, contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de líquido seminal, contracción del esfínter anal. Órganos extra genitales: espasmos musculares, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y secreción de oxitocina.

En la mujer: órganos genitales: contracción uterina, contracción de la plataforma orgásmica vaginal, contracción del esfínter anal. Órganos extra genitales: espasmos musculares,

aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, secreción de oxitocina. Según Gutiérrez Teira, (2010)

Fase de resolución.

Órganos genitales: En hombres: involución de la erección, periodo refractario. Órganos extra genitales: sudoración, descenso de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria.

En la mujer: órganos genitales: disminución de la congestión pélvica, pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores, puede retornar la fase orgásmica. Órganos extra genitales: sudoración, descenso de la presión arterial, de la frecuencia cardiaca y respiratoria, secreción de prolactina. Gutiérrez Teira, (2010)

### **Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina por Rosemary Basson.**

Ahora se mencionara el modelo propuesto por Rosemary Basson, llamado Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina, en el cual se relacionan los aspectos físicos, emocionales y cognitivos. En este ciclo la mujer tiene un deseo que provoca la búsqueda de una actividad sexual, que se manifestaría como un deseo espontáneo, o una postura sexual neutra, en la cual si se producen los estímulos adecuados y suficientes se puede pasar a un proceso de excitación y posterior motivación sexual. (La respuesta sexual humana, 2010)

Para Gutiérrez Teira, (2010) La gratificación en la mujer se logra por la satisfacción y el placer precedido por un orgasmo o sin él y con otros aspectos subjetivos emocionales que no tienen que ser estrictamente sexuales que tienen mucha relevancia, estos pueden ser la intimidad emocional, la comunicación con la pareja, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer a su pareja, la autoestima comprendida en el (sentirse atractiva, femenina, amada, apreciada o deseada), y el bienestar.

Todos estos elementos predisponen a las mujeres a desear tener encuentros sexuales, estos actuando como estímulos para el deseo y la excitación. En conclusión, la excitación femenina está modulada por pensamientos, y emociones que las lleva a sentir deseo por su pareja. Para la mujer es muy importante tener estos estímulos previos a una relación sexual, pues es el desencadenante positivo esperado en sus relaciones sexuales.

También es importante mencionar los cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual, los cuales están descritos en tres fases.

La fase de la excitación es similar en los dos sexos y se encuentra caracterizada por fenómenos de vasodilatación con aumento del aporte de sangre a los órganos genitales. Durante esta fase se produce la lubricación vaginal por ultrafiltración a través del epitelio vaginal de plasma sanguíneo del plexo subepitelial intensamente dilatado. Su utilidad es facilitar la penetración y movimientos del pene y naturalizar el pH vaginal para permitir la supervivencia de espermatozoides.

En la fase de orgasmo, se dice que hay diferencias entre el hombre y la mujer, puesto que el hombre frecuentemente alcanza el orgasmo, y la mujer tiene una respuesta orgásmica menos frecuente durante el coito. Y en la fase de resolución, hay un retorno a los niveles funcionales iniciales con reducción de la congestión pélvica y muscular, acompañada de un periodo refractario de varios minutos, en el que para el hombre es difícil conseguir un nuevo orgasmo y en el cual para la mujer si persiste la estimulación se pueden superponer orgasmos adicionales. Dichos cambios se pueden reflejar con el aumento de la frecuencia cardiaca de (100 a 130 lpm), aumento de la presión arterial ( 150-180 mmhg de presión sistólica), hay un aumento de la vasopresina, durante la excitación , la oxitocina durante el orgasmo y la prolactina tras este. Según Gutiérrez Teira, (2010) y Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Y para finalizar con la respuesta sexual humana, debemos tener en cuenta los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual, los cuales están condicionados por los estímulos eróticos que desencadenan una descarga nerviosa en el cerebro que es liberada por los circuitos inhibidores a los centros moduladores responsables de la intumescencia genital: el dorso lumbar, a nivel de d11 y L2, interviene por las fibras simpáticas cuando hay un estímulo psíquico activando el plexo hipogástrico, los nervios cavernosos y el tejido peneano; el sacro S2-S4 responde a una estimulación genital directa. Ambos estímulos evolucionan sinérgicamente para producir la intumescencia genital: Se consigue por inducción cerebral y se mantiene durante el acto sexual por el contacto y a el arco reflejo sacro. Estas órdenes nerviosas producen vasodilatación cuya consecuencia es la erección del pene y la lubricación de la vagina.

Hay que recordar que la actividad sexual depende de los niveles sanguíneos algunas hormonas como: Andrógenos, en el hombre la testosterona que tiene un papel importante en el mantenimiento del interés y la función sexual, la mujer produce una disminución del interés



sexual y disfrute sexual durante la lactancia materna, por la reducción de los niveles de testosterona. Estrógenos: estimulan el buen estado trófico de la vagina, la disminución de este incurre en la disminución de la capacidad de lubricación vaginal. En estudios se ha relacionado el etinilestradiol con el interés sexual, el disfrute, la frecuencia orgásmica e incluso el ánimo (sensación de bienestar). La respuesta sexual humana, (2010)

La oxitocina induce la erección mediante un mecanismo dependiente de la testosterona, en hombres y en mujeres sus valores aumentan durante la actividad sexual alcanzando su valor máximo durante el orgasmo, también se relaciona la oxitocina con su papel facilitador en el transporte del espermatozoides al aumentar la contractilidad del músculo liso del tracto reproductor.

Prolactina: aumento en el hombre y la mujer tras el orgasmo. Según Gutiérrez Teira, (2010) La serotonina y la dopamina, que influyen de alguna manera no bien establecida en el estudio, en la respuesta sexual. Y para concluir se puede analizar que la respuesta sexual en el hombre sigue un modelo lineal que se ve influenciado por la testosterona, y en las mujeres su respuesta sexual se ve más a llegada por el modelo cíclico expuesto con anterioridad, en el que la influencia de los factores emocionales y hormonales tienen una relación.

### **Actividad sexual durante el embarazo**

Según los autores Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) durante el proceso de gestación las sensaciones sexuales no son uniformes pues para algunas mujeres la gestación es un periodo de conciencia sexual y goce sensual, y para otras experimentan una disminución de su actividad sexual. En algunas parejas se puede encontrar el sentimiento de incomodidad por el crecimiento del vientre de la gestante y también un creciente sentimiento de temor a hacer daño a el feto que conllevan a la abstención voluntaria de sus relaciones sexuales, pero en otras parejas este no es un impedimento para llevar a cabo el goce de sus relaciones sexuales, pues se ajustan a cambios de posición que les favorece el contacto sexual, y también recurren a diferentes prácticas sexuales que no sean explícitamente coitales, que les garanticen superar estas barreras, y sin generar daño al feto.

Los autores enfatizan en la importancia de recordar que las relaciones sexuales no se limitan exclusivamente a las prácticas sexuales coitales, sino que también al oro genital, auto

masturbación, masturbación en pareja, entre otras opciones que pueden resultar enormemente gratificantes y que pueden ayudar a mantener el sentido de la vida sexual en pareja vivo y sano. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Encontraron una diferencia en las pautas de conducta sexual en las gestantes durante su primer trimestre de gestación como resultado de los cambios hormonales, físicos, psicológicos, que el proceso de gestación acarrea, el cual era el causante principal de la fatiga, falta de interés sexual, disminución de la frecuencia en sus relaciones en su actividad sexual. Pero a medida que la gestación avanzaba en el Segundo trimestre las gestantes sintieron una renovación de su deseo sexual, frecuencia sexual, pues ya se habían superado muchas de las incomodidades generadas por los cambios iniciales del primer trimestre de embarazo, y en el tercer trimestre las gestantes y sus parejas manifestaron una nueva disminución de la frecuencia en sus actividades sexuales, puesto que los cambios físicos ya eran más evidentes, y generaban nuevos miedos en los dos a generar daño a el feto, esto como consecuencia reducía el interés, el deseo y la necesidad de sostener una relación sexual. Los autores citan que mantener una vida sexual activa durante la gestación no supone un riesgo para la integridad del feto, siempre y cuando se adopten las recomendaciones de los profesionales de la salud en cada caso, y adoptando estas a las diversas conductas sexuales que se pueden poner en práctica para un disfrute de su sexualidad. Según La Sexualidad Humana, (1991)

### **Diferencias en la respuesta sexual durante la gestación.**

La respuesta sexual se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí.

Deseo.

Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación para responder a ellos, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan. Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible. Según García Romero , (2014).

### Excitación.

Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, y el vaso congestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilita la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositan. Sexualidad en el periodo gestacional, (2014)

Durante la gestación nos encontramos con una congestión venosa debida probablemente a cambios hormonales, que provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Esta vasocongestión también es la causante del aumento del tamaño de las mamas. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación. Según García Romero , (2014) y Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

### Meseta.

Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que se denomina “plataforma orgásmica”. El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

### Orgasmo.

Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la

plataforma orgásmica varía. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, hay un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Según García Romero , (2014)

La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina de la embarazada, según Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. Para (García Romero ) la duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento. La contractilidad uterina postcoital o post orgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital, está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del endometrio, el borramiento del cuello uterino y dilatación cervical. Esto no significa que tener sexo vaya a desencadenar el parto, pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto. Según García Romero , (2014)

#### Resolución.

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Según García Romero , (2014)

## **Cambios de la respuesta sexual según el trimestre de gestación.**

El embarazo o gestación es la etapa de la mujer en la cual se ha dado lugar a la fecundación. En esta etapa, durante los siguientes 9 meses, empezará el desarrollo y crecimiento del feto dentro del útero de la mujer. La gestación se compone de 3 trimestres: primer trimestre que contempla de la semana 1 a la semana 12 de gestación, segundo trimestre de la semana 13 a la 28 de gestación, y tercer trimestre de la semana 29 a la semana 40 de gestación.

### **Primer trimestre.**

En los primeros tres meses de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se llevarán a cabo durante la gestación, entre ellos está el poder asimilar y asumir el rol de ser madre y de ser padre, entender ese papel tan importante que tiene ese nuevo miembro de la familia, y aceptar todos los cambios que este traerá a sus vidas.

Estos cambios hormonales provocan que la gestante demande más atención y demostración de afecto por parte de su pareja, y en gran medida se deben entender las mujeres gestantes que atraviesan estos cambios puesto que durante este tiempo deben hacer un mayor esfuerzo por mantener su vida sexual activa, como consecuencia de la aparición de síntomas gastrointestinales como las náuseas, los vómitos y el cansancio. Este primer trimestre puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y el deseo sexual por parte de la gestante.

Uno de los síntomas característicos en esta etapa es el aumento de la sensibilidad de las mamas, así como el aumento de su tamaño seguido de una tumefacción de los pezones y las areolas lo que hace que este estímulo sea molesto y un poco doloroso, así pues, en los preliminares este estímulo que era placentero ahora no lo es. Ahora el orgasmo en esta etapa según la literatura se mantiene en frecuencia e intensidad sin cambios significativos.

### **Segundo trimestre.**

Durante este periodo de gestación ya hay un aumento del deseo sexual y la respuesta sexual, ya que la gestante y su pareja se han adaptado a los cambios iniciales de la gestación, también hay una disminución de los cambios y molestias iniciales de la gestación, esto contribuye a que disminuya el miedo que inicialmente se tenía por la falta de adaptación al

cambio, y según la literatura muchas de las mujeres anorgásmicas en este periodo, ya presentan un orgasmo.

Tercer trimestre.

Un gran número de mujeres presentan una disminución o ausencia del deseo sexual, y actividad sexual coital, por el estado avanzado de su gestación y las molestias que este les ocasiona y por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que avanza la gestación, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocados por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y su posición de encaje para el parto. En este trimestre la intensidad y frecuencia del orgasmo disminuyen y aumenta la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles. Según García Romero , (2014)

En conclusión, durante las semanas finales, el bebé ya tendrá un peso y tamaño adecuado, y estará posicionado para salir por el canal vaginal. Sus órganos y sistemas ya estarán totalmente formados y funcionando adecuadamente para tener una calidad de vida fuera del útero de su madre.

### **Cambios en la gestación, que afectan la sexualidad de la gestante**

Al pasar el tiempo, la mujer se está preparando para una de la etapa más importante de su vida, el embarazo, en esta etapa hay mucha expectativa por todos los cambios que surgirán y que repercutirán en su vida y en su sexualidad. En la gestación surgen algunos conflictos a nivel personal y en pareja, pues hay cambios emocionales, físicos, psicológicos, culturales que emergen llenando no solo a la gestante de miedo, si no a su pareja, y que influye en el cambio de conductas ya establecidas durante esta etapa, por tal motivo, se hace importante, resaltar los cambios que emergen durante la gestación, entre ellos los cambios físicos, hormonales, psicosociales, emocionales y culturales. García Romero , (2014).

### **Cambios físicos**

Durante la gestación se producen cambios físicos que llegan a afectar su bienestar y su conducta sexual.

En los cambios cardiovasculares de importancia encontramos. El aumento del gasto cardiaco, con un aumento de la volemia de un 35 a 45%, él se lleva a cabo con el fin de poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero y el feto, también se presenta una reducción de la resistencia vascular sistémica y un ligero descenso en la presión arterial media, ocasionada por la dificultad del retorno venoso de los miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. Estos cambios influyen en la vida sexual, ya que provoca cansancio y somnolencia en la gestante. Según García Romero , (2014) y Soria Becerril, (2012).

Según la literatura gracias al aumento del flujo sanguíneo hay una mayor sensibilidad genital y mamaria, mejorando, así, el placer en los encuentros sexuales y haciéndolos mucho más agradables. En el aparato urinario, debido al aumento del tamaño de los riñones se produce una dilatación pélvica uretral que produce un aumento del volumen renal. En el primer trimestre hay un retraso de la eliminación urinaria, produciendo un aumento de la orina residual y favoreciendo la aparición de infecciones urinarias.

Esta condición contraindica las prácticas sexuales coitales (pene - Vagina) por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. Y en el último trimestre de gestación, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando un aumento de la frecuencia en las micciones que genera intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el momento del parto. Esta pérdida de tono en el suelo pélvico puede causar incontinencia urinaria de esfuerzo al realizar algún tipo de esfuerzo y la necesidad de ir al baño más a menudo.

Según García Romero, (2014) también se puede observar un reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior.

Y para finalizar nombraremos las alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma (también llamado melasma o máscara del embarazo), así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los

melanocitos. También pueden aparecer, dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso. Estos cambios pueden hacer sentir a la mujer poco atractiva y sensual para su pareja, por lo que también repercutirá en su vida sexual de manera importante. García Romero , (2014)

### **Cambios Hormonales**

Se han descubierto niveles de (gonadotropina Coriónica Humana), 8 días después de la concepción, dichos valores continuarán aumentando hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de gestación, lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo de gestación.

Ahora hablaremos de el estrógeno que, durante la primera parte del embarazo, su producción se encuentra a cargo del cuerpo lúteo, que posteriormente quedará a cargo de la placenta y la corteza adrenal del feto siendo responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Sexualidad en el periodo gestacional, (2014).

Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer. Durante el embarazo, el 90% de la progesterona producida en la placenta pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal: los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital. Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativos sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que al actuar inhibitoria mente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual. Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml, respectivamente. El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la semana 38. Según García Romero , (2014)



## **Cambios Psicosociales y emocionales**

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva. Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y cómo se enfrenta a los retos de la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja. Para García Romero , (2014) es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja. El estado psicológico de la gestante tiende a afectar su conducta sexual, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante la gestación una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual durante su gestación se sienten inseguras y con muchos miedos por sus alteraciones físicas y a la incomodidad que ellas traen.

Vale la pena estudiar las condiciones sociales que rodean la gestación como la idea de la gestante sobre esta etapa y sus expectativas. En este mundo de emociones, sentimientos nuevos, miedos y desconocimiento, está el feto que será el nuevo integrante de la familia y tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño a su hijo, esta razón podría cambiar sus manifestaciones en sus sensaciones sexuales.

## **Cambios Culturales**

La mujer durante su tiempo de gestación se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante esta etapa. Según García Romero , (2014)

Durante las consultas de atención prenatal, y los cursos de preparación para la maternidad y paternidad la sexualidad ha sido un tema dejado a un lado en el diálogo entre la gestante y el profesional de atención en salud.

En muchos casos por desconocimiento de las dos partes se han impuesto a la gestante arbitrarios períodos de abstinencia (presumiblemente para asegurar el éxito de la gestación) o el

profesional de atención en salud no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio sus conductas sexuales. Sexualidad en el periodo gestacional, (2014)

### **Beneficio del sexo durante la gestación**

Parto como acto sexual, la oxitocina es la hormona que acompaña la actividad y el placer sexual, o “la hormona del amor” es segregada cuando hay alguna actividad sexual, también es conocida oxitocina tiene el efecto de distender los haces musculares del útero y dilatar su boca. De hecho, la medicina utiliza la oxitocina sintética para inducir o acelerar la dilatación del útero.

Al estimular el deseo femenino durante todos los trimestres del embarazo garantizará que el parto se de forma natural, las primeras contracciones se sentirán como pellizcos indoloros, allí debe conectarse con el propio deseo sexual y relajarse para sentir la agradable sensación difusa producida por el temblor del cérvix, si por el contrario suprime sus deseos sexuales hará del parto una experiencia más dolorosa debido a que la supresión del deseo conlleva a la supresión de la sexualidad y esto a un parto con dolor. Rodríguez Bustos, (2006)

Está demostrado que con la inducción del parto se incrementan las probabilidades de que ese parto acabe en cesárea, porque la inducción en sí misma una tremenda quiebra del proceso de regulación fisiológica normal. Parto como acto sexual, la oxitocina es la hormona que acompaña la actividad y el placer sexual, o “la hormona del amor” es segregada cuando hay alguna actividad sexual, también es conocida la oxitocina por tener un efecto de distender los haces musculares del útero y dilatar su boca. De hecho, la medicina utiliza la oxitocina sintética para inducir o acelerar la dilatación del útero.

### **Prácticas Sexuales**

Las prácticas sexuales son muy variadas, y tanto su denominación como su clasificación son el resultado de revisiones a las costumbres, mitos, y estudios exploratorio-descriptivos emprendidos desde la antropología, la psicología, la sociología, la historia, la medicina y la sexología. Las prácticas sexuales cuentan con distintas clasificaciones, algunas de las cuales hacen referencia a lo normal o anormal en tanto son más o menos comunes. El hecho de que algunas prácticas presenten un bajo registro en su frecuencia de realización, de acuerdo con Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) la sexualidad ha sido un tabú, lo cual limita las

investigaciones realizadas con el fin de conocer el verdadero comportamiento de la población en torno a las prácticas sexuales. Según Montoya Cardona & Rodríguez Jiménez, (2008).

Las prácticas como las relaciones coitales (vagina-Pene), las prácticas oro genitales, la auto masturbación y la masturbación en pareja, son las que presentan mayor frecuencia, cuentan con un mayor reconocimiento y aceptación y la práctica de penetración anal, no es aceptada con regularidad. La idea anterior es apoyada por los resultados de la Encuesta Nacional realizada en Australia según los cuales la mayoría de la población encuestada practica la penetración vaginal y la masturbación, sumada al uso de juguetes sexuales. Igualmente, se han llevado algunos estudios para identificar características sociodemográficas asociadas con las distintas prácticas sexuales y, por consiguiente, con un mayor riesgo de contraer una ETS. En este sentido, un estudio realizado en una población de jóvenes, se evidencia las diferencias en el comportamiento sexual en función a la edad. Los hombres jóvenes afirmaron conocer y practicar el sexo oral, anal y la masturbación, para las mujeres jóvenes eran temas casi desconocidos, pero frente a la masturbación las mujeres mayores se mostraron de acuerdo, otro parámetro en relación con la edad, fue las diferencias en función del seguimiento de tradiciones y costumbres propias de la sociedad, como por ejemplo, la importancia de la virginidad en la mujer, y si se aprobaban o no las relaciones sexuales durante la gestación, pues estas eran vistas como una conducta de riesgo durante este estado. Montoya Cardona & Rodríguez Jiménez, (2008).

Durante las relaciones sexuales, en pareja hay una búsqueda de una relación sexual satisfactoria para los dos participantes o para uno de ellos, en búsqueda de una inter relación física de placer, caricias, cariño entre otros, estas prácticas contribuyen en la calidad de la experiencia compartida. En la revisión de literatura durante la gestación estos momentos del antes, el durante y el después de una relación sexual son de vital importancia para mantener una vida sexual activa, sana y placentera en esta etapa importante de la vida. Según la revisión literatura, los autores describen las características de cada una de las prácticas sexuales, y las cuales se traen a colación en esta revisión literaria.

Juegos Sexuales. En la revisión de la literatura, los autores hacen referencia a los términos de relaciones no coitales a los “preliminares”, lo que hace referencia a que estos anteceden al coito que se ve como el episodio principal de una secuencia amorosa, pero la cual está un poco desviada, pues el coito no siempre constituye el punto focal de la relación sexual,

pues de acuerdo a cada persona hay unas preferencias de otras prácticas sexuales. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Acariciar y Ser acariciado. Es una forma de comunicar una predisposición o un deseo, que brinda un paso importante para sostener una relación sexual con el compañero. Aunque el tocar al otro es una manera de comunicación se valora y disfruta por el placer que procura casi en la misma manera que el coito o el orgasmo. El acto de acariciar produce sosiego y seguridad. Desde otro punto de vista los autores hablan de la interacción sexual que es el conocimiento de cómo mover una mano, como posar los labios o la boca, o cuando utilizar la lengua en lo que vendría a ser una conjunción de partes anatómicas consideradas por separado. Los autores hablan sobre el valor de acariciar a otra persona satisface la necesidad que siente el ser humano de huir del sentimiento de la soledad, tanto que el ser acariciado llena el anhelo de ser deseado como presencia física. El acto de ser acariciado y acariciar en un clima de confianza personal, el individuo experimenta no sólo el goce de estar vivo, sino también el placer de sentirse sensual. Tocar no solamente implica que tenga que hacerse con la mano, pues muchas veces el contacto con la piel genera sentimiento de afecto, ternura e intimidad. El beso por ejemplo según los autores es una forma de caricia o tocamiento, que puede llegar a una gran carga erótica y puede llegar a ser un símbolo prevalente de cariño e intimidad. Según Masters, Johnson, & Kolodny, (1991)

Según la revisión literaria las mujeres tienen más necesidad de sentirse abrazada y acariciada, pues esta necesidad induce a participar sexualmente a cambio de los abrazos y cariño de su compañero. El acto de acariciar puede ser de carácter exploratorio o bien puede concentrarse de forma que resulte más estimulante, siendo un medio para excitarse sexualmente, y hay que señalar que esta caricia no solo les sirve a las personas como un preparamiento para la relación sexual, si no también es una forma de relajarse, distenderse y tomar una conciencia del propio cuerpo. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Practica Oro genital (bucogenital).

La estimulación de los genitales masculinos mediante: la lengua, los labios y la boca recibe el nombre de felación y la estimulación oral de los genitales femeninos recibe el nombre de Cunnilingus, tanto una como la otra pueden emplearse para la provocar o realizar la excitación sexual o para producir el orgasmo. Ambas prácticas de sexo oro genital se pueden

practicar estimulándose individualmente, o en pareja o mediante la estimulación recíproca mediante la posición invertida conocida como el 69, existen muchas técnicas por medio de las cuales se pueden disfrutar las relaciones oro genitales. Si bien para unas personas el goce de la práctica oro genital es importante, para otras es signo de perversión, pecaminoso, molesto o, sencillamente poco aceptable. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991)

#### Práctica Coital (Pene-Vagina).

Para muchas personas el coito (pene vagina), es una de las prácticas sexuales más comunes en una relación sexual en pareja, sin embargo, no debemos olvidar que cada ser es único e independiente en sus preferencias en el momento de sostener una relación sexual, si bien la relación sexual es una relación en pareja, se debe tener en cuenta las diferencias en las preferencias del otro. En las relaciones sexuales durante la gestación esta práctica sigue siendo una de las más adoptadas durante el proceso de gestación, sin embargo, en el tercer trimestre suele sustituirse por las molestias que generan los cambios a nivel genital en la gestante como la congestión pelviana que genera dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

#### Práctica de auto masturbación y la masturbación en pareja.

Según los autores se pueden llevar a cabo durante la relación sexual como una forma de estimulación genital capaz de producir placer y excitación sexual. La zona genital de ambos sexos es muy sensible al tacto, y esta sensibilidad se acrecienta a medida que aumenta la excitación erótica y puede ser placentera conforme crece la pasión física. Esta estimulación es importante la comunicación en pareja para comprender que le gusta a su pareja y a así mismo, y no llegar a sentirse incómodo o molesto física o psicológicamente, hay que tener en cuenta que la estimulación brusca de los genitales puede llegar a lastimar a el otro y generar molestia en este acto. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991)

#### Práctica penetración anal.

Esta práctica consiste en la penetración del pene en el ano de la pareja, existen barreras sociales y subjetivas (vergüenza, miedo a la discriminación, identificación del sexo anal con la orientación sexual, etc.) que pueden dificultar la puesta en marcha de esta práctica, las relaciones

sexuales anales, se llevan a cabo no con mucha frecuencia en la población gestante. Es importante denotar que en el recto viven múltiples bacterias que eventualmente pueden pasar a la uretra de la pareja sexual y que la mucosa del recto tiene la capacidad de absorber, hecho que aumenta la posibilidad de transmisión de infecciones, Es por esto que es importante como parte de la educación a las parejas gestantes el uso del preservativo como medio de prevención no solo de posibles infecciones, sino también la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Ministerio de Salud, (2016).

### **Posiciones sexuales**

Según los autores las características de cada una de las posiciones sexuales están establecidas, cuyo fin es buscar la gratificación y participación de la pareja como un todo las cuales son adoptadas en el transcurso de relación sexual, y tienen como objetivo permitir un goce efectivo de su sexualidad. Los autores hacen un paralelo entre las posiciones usualmente implementadas en la población gestante. y las cuales se traen a colación en esta revisión literaria. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991)

El sobre ella, Cara a Cara.

Según los autores esta es la posición sexual generalizada más usada, en la cual la mujer está acostada de espaldas acostada con las piernas extendidas y un poco abiertas y el hombre encima, esta posición también llamada el “misionero”, esta posición permite introducir el pene con mayor facilidad y admite además contacto visual, besos y caricias, según los autores esta es una de las posiciones que facilitan el poder lograr quedar en embarazo, ya que el semen se deposita en un punto de la vagina cercano a la boca del cérvix. Esta posición no es frecuentemente utilizada por las gestantes, pues genera molestia en el vientre que está en crecimiento constante durante el proceso de gestación, y genera inseguridad en el hombre pues percibe la sensación de hacer daño a su pareja.

Ella sobre él, Cara Cara.

Esta es otra variación de esta posición coital, en la cual el hombre se encuentra acostado sobre la cama con sus pies extendidos, a la mujer le permite sentarse sobre el compañero

bastante erguido, en esta postura la mujer tiene mucho control del movimiento, del empuje y del ritmo, en esta postura sexual la mujer y el hombre puede acariciar el cuerpo de su pareja con mayor libertad y favorece el contacto visual. En esta variación de postura sexual, el hombre puede controlar la eyaculación, y en la mujer hay más probabilidad de llegar al orgasmo en la relación, puesto que se puede llevar a cabo también al tiempo por la auto masturbación o masturbación en pareja y así lograr la estimulación del clítoris. También esta postura es una de las más aceptadas y realizadas por las mujeres gestantes y sus parejas durante su proceso de gestación, pues no se hace un contacto directo con el vientre de la gestante, lo que les genera más seguridad y menos incomodidad al momento de la relación sexual. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Posición coito por detrás. (Posición estilo perrito).

En esta posición el hombre realiza la penetración por detrás en la cual introduce el pene en la vagina de la mujer estando él a su espalda, se puede realizar esta posición sosteniéndose la mujer sobre sus manos y rodillas, también llamada estilo perrito, otras veces la mujer boca abajo y levantando las caderas apoyándose sobre una almohada. Según Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Esta posición también es una de las posiciones adoptadas por las mujeres en estado de gestación, que facilita el coito, pero no es muy recomendada en el caso de estar sobre el tercer trimestre de embarazo, se recomienda no practicarla de manera frecuente por el riesgo de circulares de cordón umbilical en el feto, puesto que puede causar tensión por los movimientos fetales, y más en los casos de hiperactividad fetal, por lo cual debe ser un punto de recomendación a la gestante.

Posición de lado (posición cucharita).

Esta es otra variante del coito por detrás en la cual el hombre y la mujer está acostado de lado, en la cual el hombre está con su cara a la espalda de la mujer, en estas posiciones el hombre puede tener el control del ritmo y la penetración, esta posición facilita la masturbación en pareja, la auto masturbación, los besos y otras caricias. Masters, Johnson, & Kolodny, (1991).

Esta posición es también adoptada por las mujeres gestantes y sus parejas pues facilita la distribución del peso del cuerpo de la gestante, es optada por estas parejas gestantes pues no se

siente la incomodidad que genera el tener relaciones sexuales por el crecimiento del vientre y el miedo creciente a hacerle daño al feto.

En conclusión, el deseo sexual puede satisfacerse mediante un acto improvisado que nazca de la iniciativa personal o de pareja bien sea en un contexto amoroso o no, el goce de la sexualidad y la calidad del mismo parten de necesidades múltiples en cada uno de los participantes. Cada pareja le da el aporte de creatividad a su vida sexual, en la que emplean varias posiciones, tipos de prácticas sexuales, entre las muchas estimulaciones físicas que influyen en sus conductas sexuales, que resultan aceptables y excitantes, también varían en la frecuencia de sus relaciones sexuales, las cuales varían dependiendo de factores externos como el proceso de ser padres, en el momento de la gestación, en este tiempo, según las vivencias, la concepción de la sexualidad, los mitos y creencias, y también la falta de educación sobre este tema, cada pareja puede experimentar miedos, confusiones y cambios que afectan o favorecen el goce de su vida sexual. En este caso, podremos encontrar parejas que sienten miedo a hacerle daño a su hijo, y también sienten miedo frente a los cambios que son desconocidos por ellos en este ciclo tan fundamental de la vida, sobre todo durante el primer trimestre de gestación, y que se van disipando con el progreso de la gestación. El papel de los profesionales de la salud, que atienden a las mujeres en estado de gestación.

### **Mitos de la sexualidad durante el embarazo.**

El desconocimiento suele hacer que las conductas sexuales se disminuyan o se inhiban debido al miedo de causar complicaciones en la gestación o al feto, entre estos está la creencia de causar abortos o partos prematuros. En las diferentes culturas se pueden encontrar casos en los cuales se restringen las actividades sexuales por temor a que el semen intoxique, ciegue o hiera el feto.

En algunos estudios fisiopatológicos realizados en décadas pasadas se decía que la relación sexual podría generar parto pre término y la maduración cervical previa al inicio del trabajo de parto, debido a la alta concentración de prostaglandinas presentes en el fluido seminal. Álvarez Leño , Gutiérrez Fajardo, & Velásquez Ríos, (2016).



En la actualidad estudios ha demostrado que la actividad sexual y la frecuencia sexual con o sin orgasmos no aumenta el riesgo de parto prematuro. Conclusión, la falta de educación frente a los mitos y creencias erróneas llevan a alteraciones en las conductas sexuales, la frecuencia y actividades sexuales de la gestante y su pareja, que en muchas ocasiones se reflejan en una disfunción y falta de comunicación en pareja, según la literatura a mayor nivel educativo se ve una disminución notoria de presentar una alteración en la vida sexual en pareja. Es de resaltar que la educación sexual durante la gestación ayuda a disminuir los mitos y miedos que se llevan a cabo durante este periodo tan importante en el desarrollo de la vida, así poder asegurar un desarrollo de su vida sexual placentera, plena y libre de miedos. Álvares Leño , Gutiérrez Fajardo, & Velásquez Ríos, (2016).

Según los resultados obtenidos en un estudio realizado por Carta Peña & González Blanco, (2016) en un centro de salud de Perú en 60 gestantes, dedujo que las gestantes entre 15 a 20 años consideran que durante las relaciones sexuales el pene golpea la cabeza del bebé (9,09%), en mujeres de 21 a 25 años manifiestan que el contacto sexual ocasiona sangrado placentario en perjuicio del bebé (12,73%) y en mujeres de 26 a 30 años manifestaron que el tener relaciones sexuales permite incrementar un buen estado emocional (5,45%), las opiniones de gestantes solteras sostienen que el tener relaciones sexuales durante el embarazo produce malformaciones en el bebé (7,27%), frente a la opinión de las gestantes en pareja quienes manifiestan que el sangrado placentario es el mito con mayor frecuencia ante la sexualidad (12,73%); los mitos y tabúes sobre sexualidad en el I trimestre de gestación son el sangrado placentario (7,27%), en el II trimestre los mitos que el semen puede intoxicar al bebé (5,45%) y que las relaciones sexuales ocasionan aborto (5,45%). Coincidiendo en III trimestre que el semen intoxica al bebé (9,109%), en mujeres que no poseen estudios piensan que es el semen que intoxica al bebé durante las relaciones sexuales (7,27%), en aquellas mujeres con estudios primarios prevalece el mito que se produce sangrado placentario durante la actividad sexual (5,45%) y en mujeres con estudios secundarios las gestantes consideran que la actividad sexual produce aborto (9,09%) y genera dolores de parto (9,09%).

### **Frecuencia en las relaciones sexuales durante la gestación.**

Según los autores, la frecuencia en las relaciones sexuales de las mujeres gestantes se mantiene igual iniciando el primer trimestre de gestación, pero en el transcurso del proceso de gestación disminuye de periodicidad de interdiaria, a cada tres días, pues las gestantes y sus parejas pasan por un momento de adaptación a los cambios propios del estado gestación y por el miedo de tener una pérdida del feto, los autores refieren que conforme avanza el proceso de gestación, la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye en esta población. Según Guibovich Mesinas, AnguloDelgado, & Luján Carpio, (2015).

### **Comportamiento sexual del hombre durante el proceso de gestación.**

Los cambios que se llevan a cabo durante la gestación no solo afectan a la gestante, sino también a su pareja, pues es un momento de cambios cruciales en la vida de los dos como pareja, es tener que asumirse en el rol de padres, estos, afectan la sexualidad femenina, pero también la sexualidad masculina, al igual que en la gestante, en su pareja puede existir una disminución, o un aumento del deseo sexual. En este momento encontraríamos a los hombres que han disminuido su frecuencia en sus relaciones sexuales, que puede darse por una sensación de vivencia de conflicto puesto que la gestación genera un impacto en su estilo de vida, también podría darse por las nuevas responsabilidades adquiridas, se sienten presionados, o sienten que su esposa es poco atractiva ahora. Ellos sienten miedo a hacerle daño al feto si se sostienen conductas coitales con su pareja y sienten prejuicios morales contra el sexo en esta etapa de sus vidas. Pero también vamos a encontrar a los hombres que si mantienen su número de relaciones sexuales durante este periodo ò las aumentan, pues según la literatura ellos argumentan que tener relaciones sexuales en este periodo resulta ser mucho más placentero gracias a las condiciones de deseo sexual y lubricación vaginal asociadas a los cambios hormonales de este proceso, ellos encuentran más atractivas a sus esposas en sus cambios físicos como el crecimiento de sus mamas, que las hace más atractivas y despierta en ellos el deseo .

Todas estas experiencias y significaciones en la pareja has podido modular su conducta sexual o su deseo sexual durante la gestación, modificándolo en su forma, frecuencia e intensidad (menos pasión, mas delicadeza y ternura). Según García Romero , (2014).

## Sexualidad

Ahora abordaremos el tema de sexualidad, comprendiendo que la sexualidad es fundamental e inherente en los seres humanos, la cual se desarrolla en el transcurso de nuestras vidas, la sexualidad es la puerta que crea vínculos emocionales y afectivos. La sexualidad se define como “una construcción social y simbólica que se forma a partir de la realidad biológica, psicológica, cultural, histórica de las personas en la sociedad” según la Ministerio de Protección Social, (2003). Ahora bien, entendemos la sexualidad como un todo, ese que nos ayuda a construirnos como seres autónomos, con derecho a una calidad de vida en todos los ámbitos. Si bien la sexualidad es primordial para la construcción personal y social, debemos comprender el concepto de salud sexual y reproductiva, que hace referencia a un estado de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias. Política Nacional de Salud sexual y Reproductiva, (2003)

Si bien un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la

persona teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital. Según Ministerio de Protección Social, (2003).

### **Derechos sexuales y reproductivos.**

En Colombia tenemos los derecho sexuales y reproductivos, los cuales, en la gran mayoría de los casos se desconocen, por la mayoría de la población, estos derechos sexuales están encaminados a garantizar el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable y satisfactorio de las sexualidad, se fundamentan en el disfrute de la sexualidad y el erotismo, libre de toda violencia, que implican disfrutar de una vida sexual placentera. Según Ministerio de salud , (2015) tales derechos sexuales son: derecho al goce, la satisfacción y la gratificación sexual, derecho a reconocer y valorar el propio cuerpo, derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales, derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género, derecho a una vida libre de violencias, derechos reproductivos, derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, derecho a decidir ser padres o madres, derecho a conformar una familia, derecho a iniciar o postergar el proceso reproductivo, derecho de todas las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad, en este derecho vale la pena hacer un énfasis pues este derecho implica que desde los servicios de salud se debe garantizar una vida libre de violencias, sin discriminaciones o tratos desiguales, hacia las mujeres que deciden iniciar un proceso reproductivo, durante el embarazo o en la maternidad.

Derecho a una maternidad segura, y derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Según Ministerio de salud , (2015)

En conclusión, todos estos derechos sexuales, hacen parte de la intimidad de las personas, son de vital importancia en el desarrollo de una calidad de vida óptima, que garantizan un goce efectivo de la sexualidad, son inalterables, y cada uno de nosotros los profesionales en el área de la salud debemos conocer y hacer cumplir.

### **Complicaciones durante el proceso de gestación.**

Una complicación es un estado negativo a algo que no logró resolverse y se vuelve más complicado y le agrega otros efectos adversos más graves, conociendo la definición de complicación se puede decir que la mayoría de los embarazos son normales, pero en algunos casos puede haber complicaciones de algún tipo, algunas de las complicaciones más comunes son:

Complicaciones con el líquido amniótico.

Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Demasiado líquido puede causar una presión excesiva en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro. También puede presionar el diafragma de la madre, lo que le causaría dificultades respiratorias. Los líquidos tienden a acumularse en casos de diabetes no controlada, embarazo múltiple, grupos sanguíneos incompatibles o defectos de nacimiento. La presencia escasa de líquido puede ser un signo de defectos de nacimiento, retardo en el crecimiento o mortinato.

### Sangrado.

El sangrado durante la última etapa del embarazo puede acarrear complicaciones en la placenta, una infección vaginal o de cuello del útero, o un parto prematuro. Las mujeres que sangran durante la última etapa del embarazo pueden tener un mayor riesgo de perder el feto y sufrir hemorragias.

### Embarazo ectópico.

El embarazo ectópico es una de las causas de dolor agudo abdominal de gran dramatismo en la clínica. Tiene su origen en la implantación del óvulo fecundado fuera de su lugar normal. No pocas veces se emplea erróneamente el término embarazo ectópico como sinónimo de embarazo extrauterino, en realidad el EE es más abarcador pues hay gestaciones dentro del útero que son ectópica (intersticial y cervical). Se trata de una de las gastrorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangramiento y amenorrea. Es de vital importancia un diagnóstico oportuno.

### Aborto espontáneo o pérdida del feto.

Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo que ocurre hasta las 20 semanas de gestación. Usualmente, ocurren luego de la aparición de sangrado vaginal ligero y cólicos fuertes. Para confirmar un aborto espontáneo, pueden realizarse análisis de sangre y ecografías. A menudo, el feto y el contenido del útero se expulsan naturalmente. Si esto no sucede, será necesario un procedimiento llamado "dilatación y raspado". Este procedimiento se realiza con instrumentos especiales para quitar el embarazo anormal.

Circulares de cordón en la gestación.

El circular del cordón umbilical, es la condición en la cual el cordón umbilical se enreda alrededor del cuello del feto, que en algunas consideraciones no suele causar problemas en la gestación y el parto, pero en otros casos sí. El cordón umbilical mide aproximadamente 50 cm a 70 cm, se estima que en la gestación a término cuando el feto está en presentación cefálica el cordón umbilical puede alcanzar una longitud aproximada de 70 cm, y causar tensión por los movimientos fetales, cabe la pena resaltar que son más frecuentes las circulares en los cordones más largos y en los casos de hiperactividad fetal. Bustamante-Zuluaga, Parra Anaya, Díaz Yunez, Vergara Quintero, & De Nubbila Lizcano, (2011).

En la revisión literaria podemos encontrar dos tipos de circulares de cordón umbilical. Tipo A: rodea el cuello del feto, que no lo termina de cerrar. Tipo B: el cordón rodea el cuello del feto y Cierra completamente la nuca fetal.

En la presente revisión, se evidencia que las circulares de cordón, se presentan con más prevalencia en las semanas 36- 38, que puede causar complicaciones como la compresión de los vasos del cordón umbilical que genera dificultad de intercambios de gases maternos fetales, posibilidad de hipoxia, hipercapnia y acidosis (mixta) o respiratoria. Este es un factor para riesgo la hipoxia perinatal, por esto al ser detectada durante el tercer trimestre de gestación y según su tipo de complejidad, se sugiere determinar el parto por cesárea. Bustamante-Zuluaga, Parra Anaya, Díaz Yunez, Vergara Quintero, & De Nubbila Lizcano, (2011)

Para concluir los estudios encontrados consideran las circulares de cordón como un hecho normal de la vida intrauterina, que rara vez se asocia a morbilidad perinatal. En una evidencia científica se evidenciaron diferencias significativas que alteran los valores

normales en la arteria umbilical, cuando una circular de cordón estaba presente. La presencia de una única o múltiple circular de cordón resultó ser un hallazgo insuficiente para explicar la muerte fetal, que siempre se asoció a otras causas. Las circulares pueden aparecer y desaparecer durante la gestación, por lo que su diagnóstico durante este periodo parece no ser eficaz, ni conlleva cambios significativos de cara a su manejo en el parto. Ramos Rincón, (2015)

### **Complicaciones placentarias**

Desprendimiento de la placenta.

La placenta se separa de la pared uterina en forma prematura o demasiado pronto. A esto se lo denomina "desprendimiento prematuro de la placenta" y puede ocasionar sangrado y menor cantidad de oxígeno y nutrientes enviados al feto. La separación puede ser total o parcial, y usualmente se desconoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta.

Placenta previa.

Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. La placenta previa es una condición en la que la placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero (la apertura hacia el útero) o lo cubre. Los síntomas pueden incluir sangrado vaginal claramente rojo que no esté acompañado de sensibilidad abdominal (vientre) o dolor



### Pre eclampsia y eclampsia.

La preclamsia, también conocida como toxemia, se caracteriza por la hipertensión inducida durante el embarazo, elevados niveles de proteína en la orina e hinchazón debido a la retención de líquidos. La eclampsia es la forma más grave de este problema, que puede ocasionar convulsiones, coma e incluso la muerte. Algunos síntomas son hipertensión, hinchazón en las manos y en el rostro, demasiada proteína en la orina, dolor de estómago, visión borrosa, mareo, dolores de cabeza

### Anemia.

Recuento de glóbulos rojos en sangre por debajo de lo normal sus principales síntomas son fatiga o debilidad, palidez, mareo, falta de aire.

### Depresión.

Tristeza profunda durante el embarazo Tristeza intensa, Impotencia e irritabilidad, Cambios en el apetito, Intención de dañarse a una misma o de dañar al bebé.

### Hiperémesis gravídica.

Náuseas y vómitos severos y persistentes durante el embarazo. Se presenta en forma más intensa que el "malestar matutino". Algunos síntomas son náuseas constantes, vómitos en repetidas ocasiones del día, pérdida de peso, pérdida del apetito, deshidratación, mareos o desmayos.

Hipertensión gestacional.

Hipertensión que se manifiesta luego de las 20 semanas de gestación y desaparece después del nacimiento.

### **Seguimiento y periodicidad de los controles.**

Es importante resaltar la importancia del seguimiento durante el proceso de gestación en la mujer gestante, ya que esto nos permite hacer una valoración de los factores de riesgo que permita la elaboración de planes de manejo para cada mujer gestante. Y el asesoramiento que deben recibir durante las consultas de atención prenatal y los cursos de preparación para la maternidad y maternidad, en los cuales es importante establecer una educación sexual de calidad, en la cual se puede hablar de las conductas sexuales que se pueden adoptar durante este proceso, en el pues se deben tocar temas como los factores de riesgo, como manejarlos y cómo incorporar las diferentes conductas sexuales que les permita un disfrute efectivo de su vida sexual, sin necesidad de dejar a un lado su plano sexual, también es importante hacer hincapié en el uso de preservativo para evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, y la suspensión de la práctica coital entre las últimas cuatro semanas de gestación o si existen factores de riesgo que lo requieran, y dar a conocer las otras alternativas de las cuales se pueden hacer uso, para el goce efectivo de una vida sexual activa y de calidad.

Es importante tener en cuenta en el nivel de clasificación de riesgo obstétrico durante el proceso de gestación ya que el conocer estas condiciones puede llevar a un mejor y óptimo control de la salud de las mujeres gestantes, Riesgo 1, Nivel Bajo Riesgo, en el que se contemplan condiciones socioeconómicas, controles prenatales insuficientes, edades extremas

en el primer embarazo, adolescentes menores de 15 años, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, multiparidad >3 gestaciones, infecciones de vías urinarias, flujo vaginal recurrentes, cesárea previa menor a 12 meses. Riesgo 2, Alto riesgo, en el que se contempla, anemia, embarazo múltiple, enfermedades crónicas no transmisibles, endocrinas, inmunológicas, hipertensión, polihidramnios, oligoamnios, epilepsia, historia obstétrica desfavorable, abortos espontáneos, partos prematuros, retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedades neuropsiquiátricas, infección materna, VIH, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes, VPH, desnutrición, obesidad, asma. Riesgo 3, Nivel de riesgo Inminente, en el que se contempla, amenaza de parto pre término, cardiopatías, diabetes gestacional descompensada o en tratamiento, hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas mayor a 12 horas, Sida, trastornos hipertensivos del embarazo, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal o falta de movimientos fetales. Según el Ministerio de Salud pública.

Durante los controles prenatales, se deben hacer el análisis de los factores de riesgo, en las gestantes, siempre se consignando los datos de cada control en el carnet materno, el cual debe ser actualizado en cada cita según los grados de recomendación. Guía práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, (2013)

### **Capítulo 3. Marco metodológico**

#### **Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, durante el segundo semestre del año 2019 en los meses de Agosto y septiembre, con el objetivo de identificar las conductas sexuales de un grupo de gestantes asistentes al curso de preparación para la maternidad y paternidad de un municipio de Cundinamarca.

#### **Población**

La población participante en este estudio de investigación fueron 30 gestantes, con un rango de edad entre los 16 y 35 años, de estrato socioeconómico 1 y 2, con un nivel de escolaridad media, técnico y profesional, a las cuales se les presentó el consentimiento informado el cual fue leído por las participantes, aceptaron participar de manera voluntaria, se les explicó en qué consistía el estudio de investigación, se aclararon dudas que surgieron en el momento. Para el estudio de investigación se tienen en cuenta las gestantes que participaron en el curso de preparación para la maternidad y paternidad en un municipio de Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2019.

#### **Muestra**

Muestreo no probabilístico a conveniencia en el que participaron 18 gestantes que asistieron al curso de preparación para la maternidad y paternidad en los meses de Agosto y Septiembre del 2019 en un municipio de Cundinamarca.

### **Criterios de inclusión**

Gestantes mayores de 15 años, Gestantes que hayan asistido por lo menos a un curso de preparación para la maternidad y paternidad.

### **Criterios de exclusión**

Gestantes con discapacidad cognitiva.

### **Herramienta para la recolección de los datos**

Como herramienta para la recolección de datos creamos un cuestionario el cual está dividido en las siguientes categorías:

- La primera parte los datos socio demográficos que contemplan las variables; número de identidad, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de nacimiento, dirección de residencia, nivel de riesgo obstétrico, semanas de gestación, número de hijos, abortos, ocupación de la pareja, edad de la pareja, nivel de escolaridad de la pareja. departamento, municipio, con quien vive, ocupación.
- La segunda parte el cuestionario en el cual se contemplaron:  
Frecuencia de las relaciones sexuales, con las variables de; mensual, 1 vez cada 15 días, 1 vez por semana, 2 veces por semana, 3 veces por semana, interdiario, diario.
- Iniciativa de las relaciones sexuales, la cual contempla las variables; mujer, hombre y de pareja.
- Respuesta sexual, la cual se contempla las variables; deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor.

- Prácticas sexuales, coitales (Pene Vagina), auto masturbación, masturbación en pareja, Penetración anal, practicas oro genitales.
- -Posiciones sexuales, la cual contempla las variables; el sobre ella, ella sobre él, coito por detrás (estilo perrito), de lado (posición de cucharita).

### **Procedimientos para la recolección de datos**

- Aval del comité de investigación de la Universidad.
- Permiso de la secretaría municipal de salud del municipio de Cundinamarca.
- Desarrollo de una actividad rompe hielo con las gestantes.
- Aplicación de la encuesta a las participantes previa lectura y firma del consentimiento informado.
- Tabulación y análisis de datos.
- Análisis de los resultados.
- Socialización del proyecto de investigación la Universidad.
- Socialización de los resultados a la secretaría municipal de salud del municipio.

### **Procedimientos para el análisis de datos**

Posterior a la recolección de los datos, se tabulo en una matriz de datos en un programa ofimático denominado Microsoft Excel por el cual se codificaron las encuestas y se utilizó estadística descriptiva.

### **Criterios éticos**

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, es una investigación sin riesgo. No se

interfieren o modifican variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

ARTÍCULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c. Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el

Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTÍCULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los



individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

ARTÍCULO 32. Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.

ARTÍCULO 35. Durante la ejecución de investigaciones en mujeres embarazadas:

a) Los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participación en decisiones sobre la viabilidad del feto.

b) Queda estrictamente prohibido otorgar estímulos, monetarios o de otro tipo, para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones. (Resolución número 8430 de 1993, 1993)

### **Propiedad Intelectual Universidad ECCI.**

La investigación se desarrolló responde a la reglamentación establecida en la Resolución rectoral N° 06 del 2016

Título I, aspectos generales.

#### **CAPÍTULO I GENERALIDADES**

#### **CAPÍTULO II DERECHOS DE AUTOR Y DERECHOS CONEXOS**

ARTÍCULO 1. OBJETO. El presente Reglamento tiene por objeto regular los derechos sobre la propiedad intelectual generada en la Universidad ECCI.

ARTÍCULO 2. PROPIEDAD INTELECTUAL. Es el conjunto de derechos que se ejerce sobre toda creación del intelecto humano, especialmente en los campos científico,

literario, artístico, industrial o comercial. La propiedad intelectual comprende el derecho de autor y los derechos conexos; la propiedad industrial; los derechos de los obtentores sobre nuevas variedades vegetales y los derechos sobre invenciones biotecnológicas.

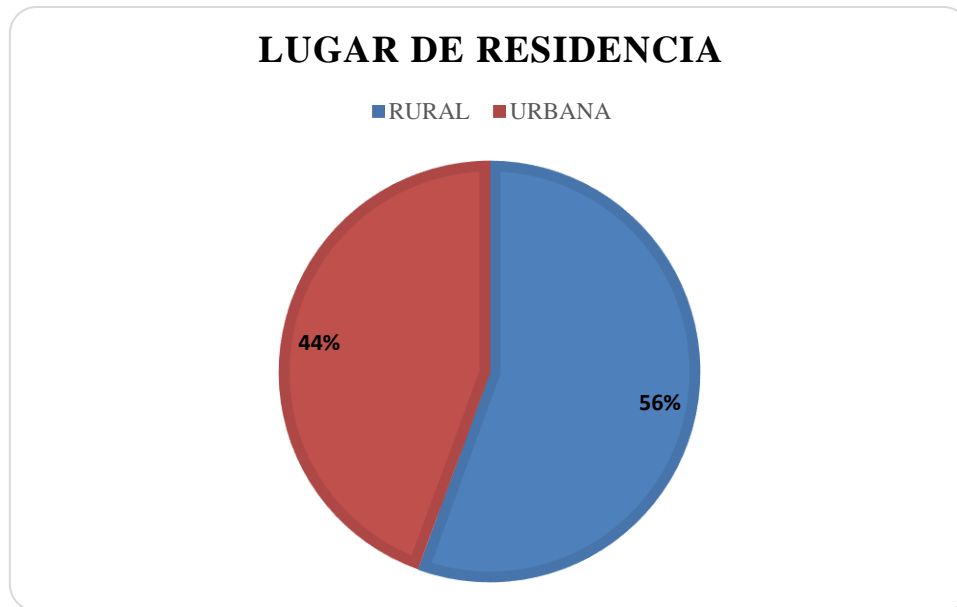
ARTÍCULO 3. DERECHOS DE AUTOR. Es la protección que otorga el Estado a los autores y demás titulares de derechos, sobre las obras del ingenio, en el campo literario, artístico, técnico y de computador y las bases de datos, siempre que impliquen un acto de creatividad. El derecho de autor comprende los derechos morales y los derechos patrimoniales: Los Derechos Morales: Salvaguardan el vínculo que se genera entre el autor y su obra, en tanto ésta constituye la expresión de su personalidad. Los Derechos Patrimoniales: Son prerrogativas de naturaleza patrimonial, que le permiten a su titular de manera exclusiva, controlar, disponer y aprovecharse económicamente de la obra por cualquier medio. Su titular puede realizar, autorizar o prohibir, la reproducción; comunicación pública; distribución pública de ejemplares; traducción; adaptación; arreglo u otra transformación de la obra; la importación de ejemplares de su obra reproducidos sin su autorización; entre otros.

(Reglamento de propiedad intelectual, 2016)

## Capítulo 4. Resultados

### Características sociodemográficas

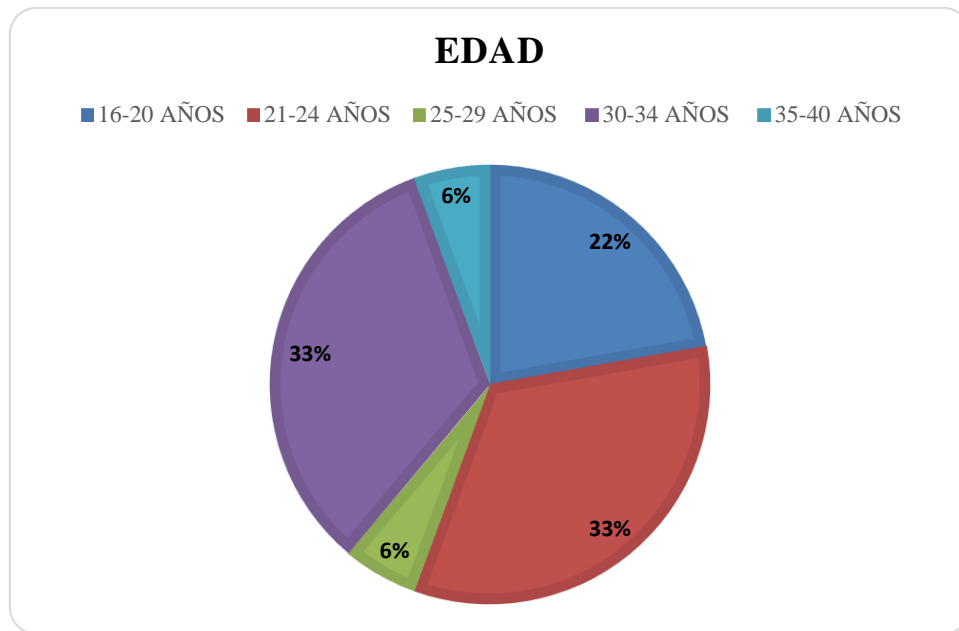
Ilustración 4. Lugar de residencia



Fuente: Elaboración propia

Se logra evidenciar que el 56% de la población pertenece a la zona rural, debido a que el municipio en donde se realizó la encuesta se encuentra en el departamento de Cundinamarca, ubicado en la provincia de Ubaté a 88 kilómetros de Bogotá, cuenta con cinco veredas las cuales son Pedregal, salitre, peñas de palacio, Novoa alto y palacio.

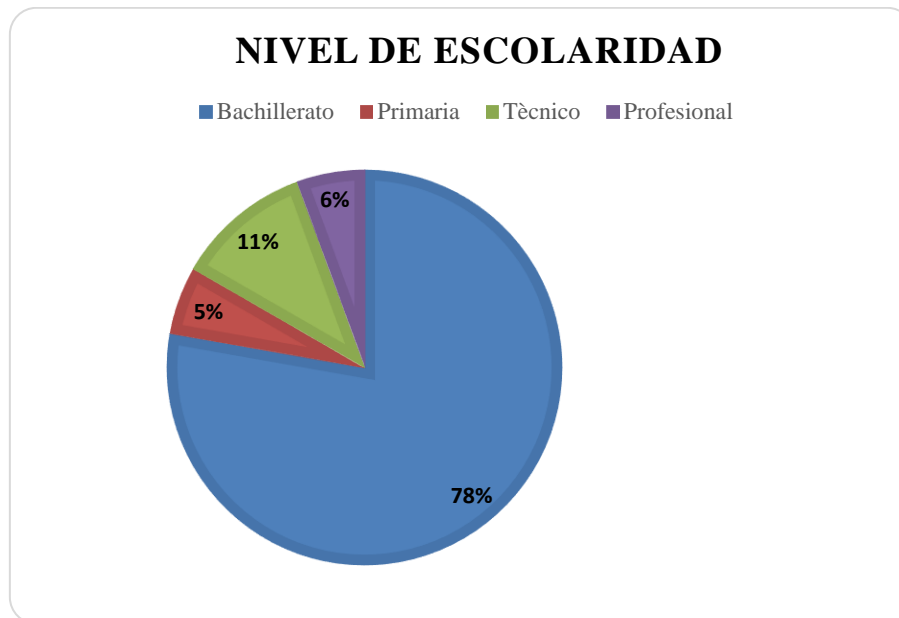
Ilustración 5. Edad



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la edad de las 18 gestantes encuestadas, el 22% tienen entre 16 y 20 años, el 33% de entre 21 y 24 años, el 6% entre 25 y 29 años, el 33% entre 30 y 34 años y el 6% entre 35 y 40 años respectivamente.

Ilustración 6 . Nivel de Escolaridad

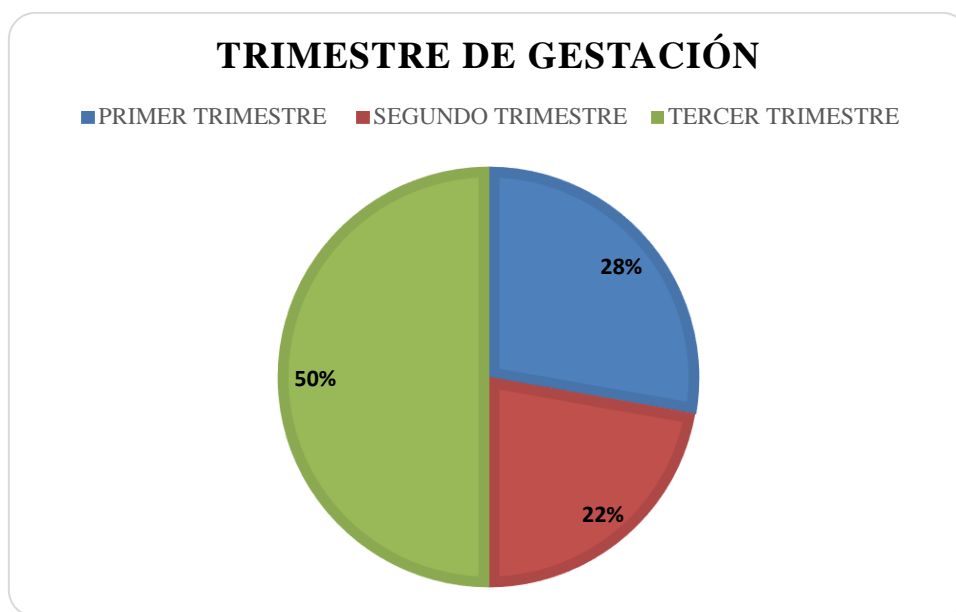


Fuente: Elaboración propia

El nivel de escolaridad más alto alcanzado por la población es bachillerato con un 78% debido a que el municipio donde fue tomada la muestra es un sector campesino, por las diferentes dificultades que implica llegar a la escuela, o violencia que aún persiste y territorios libres para explotaciones mineras, con una gran carencia en recursos económicos, ausencia de salones adecuados entre otras limitaciones que impiden el buen desarrollo de las actividades escolares. En la escuela rural se enseñan habilidades propias de su hacer, en el campo se explica la necesidad de crear determinada técnica usando un determinado rango productivo, agrícola, o de la vida cotidiana familiar para darse a entender; dicho proceso se difunde mediante la ejemplificación de la experiencia, por medio de la creación de una herramienta o forma de proceder que se puede dar en el campo, para lograr fomentar la vida en el campo y la agricultura propia de su lugar de residencia, por ello es tan alto el porcentaje del nivel de escolaridad bachillerato debido a que solo cuentan con un colegio en el pueblo y a este se

accede de forma gratuita. Se logra evidenciar que con los otros resultados que para la población del municipio de Sutatausa es más difícil el acceso a la educación superior o técnica debido a carencias de recursos económicos, a lejanías de las instituciones entre otros factores que impiden el acceso a la universidad. Perfetti, (2003)

Ilustración 7. Trimestre de gestación

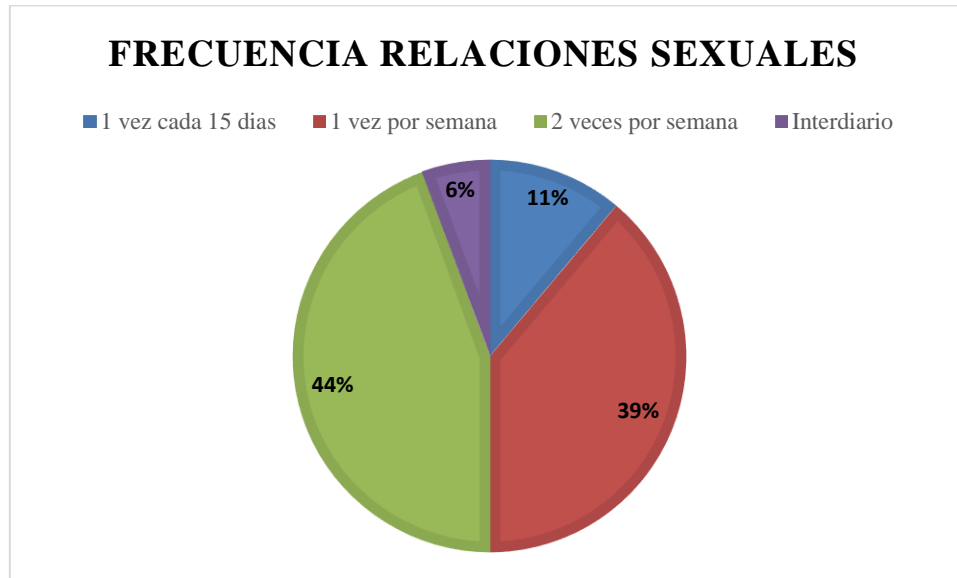


Fuente: Elaboración propia

Con relación a los trimestres de gestación en nuestra muestra un 50% se encuentra cursando en el tercer trimestre de gestación y el 50% restante el primer y segundo trimestre de gestación.

### Frecuencia en la relación sexual.

Ilustración 8. Frecuencia relaciones sexuales



Fuente: Elaboración propia

Con relación a la frecuencia en las relaciones sexuales en la nuestra muestra, estas disminuyen en periodicidad conforme progresa el estado de gestación, en el primer la frecuencia es de interdiario, a una o dos veces por semana, En el segundo trimestre la periodicidad se mantiene en una vez por semana y cada quince días, pero esta periodicidad aumenta dos veces por semana, finalmente en el tercer trimestre se mantiene la periodicidad en una o dos veces por semana, datos que concuerdan con los presentados por Álvares Leño , Gutiérrez Fajardo, & Velásquez Ríos, (2016), que refieren que a mayor edad gestacional la frecuencia sexual disminuye, esto se puede dar por los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biopsicosexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su

mujer. Se reportan algunos cambios como por ejemplo la disminución del interés sexual del hombre al final del embarazo, o incluso antes, de forma involuntaria y sin razón consciente, con excepción del miedo a dañar físicamente al feto o a la mujer, y no con poca frecuencia en relación con la prohibición por el médico. González Labrador & Miyar Pieiga, (2001)

### **Toma de iniciativa en la relación sexual.**

Ilustración 9. Iniciativa



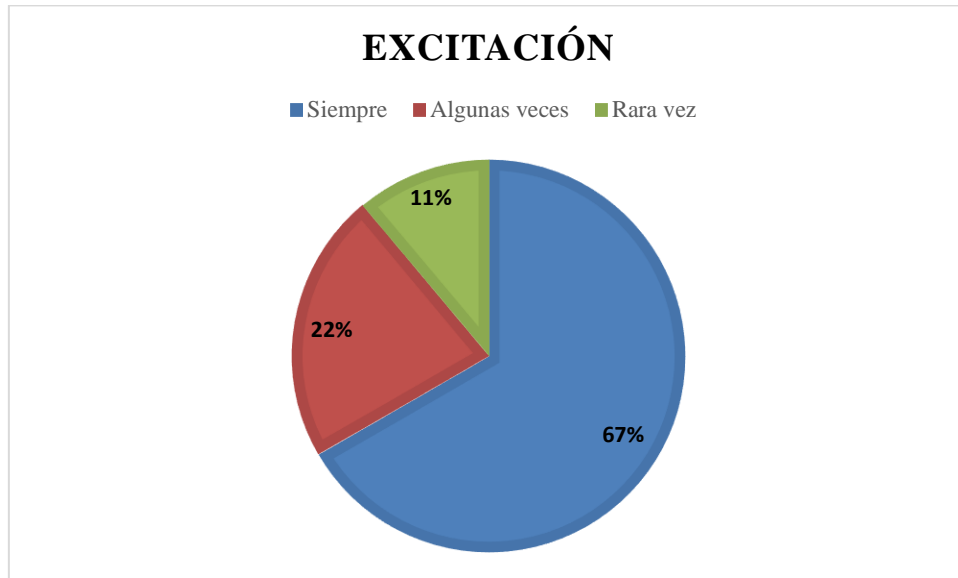
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la iniciativa de la relación sexual se puede apreciar que esta fue una iniciativa en pareja con un 72% de la muestra, datos que concuerdan con lo planteado en el estudio de Munares García & Álvaro Rodríguez, (2017), donde el 59,1% fue una iniciativa en pareja.



### Respuesta sexual humana.

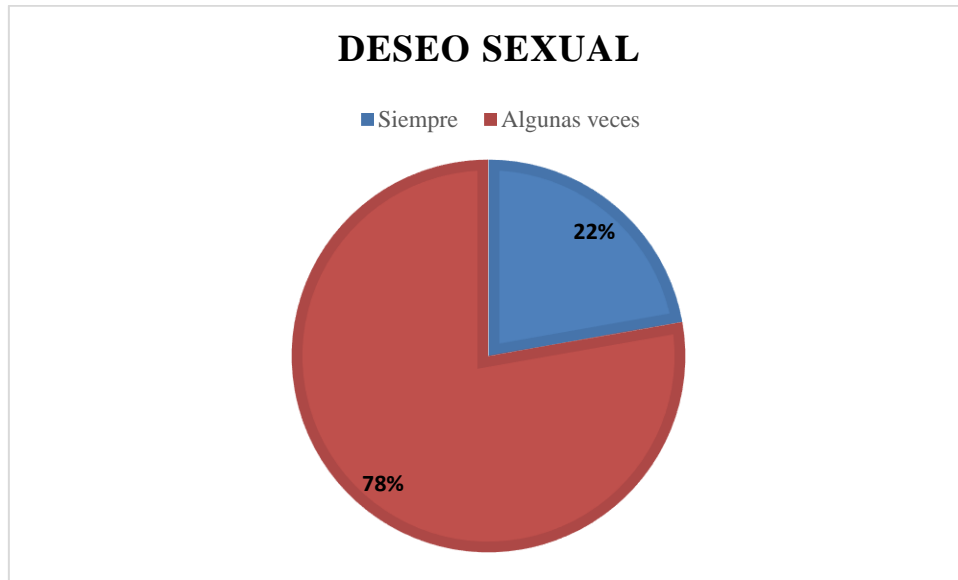
Ilustración 10. Excitación



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la excitación, se puede evidenciar que un 33% de la muestra, rara vez o algunas veces refiere presentar excitación, esto concuerda con los estudios de respuesta sexual humana realizados por Masters, Johnson, & Kolodny, (1991), los cuales refirieron que se ve afectada durante el proceso de gestación por un cambio hormonal marcado y un vaso congestión de los órganos genitales más pronunciada que genera molestia y dolor durante el coito. y Concuerdan lo planteado por M García Romero, (2014) sobre el comportamiento “estro” o calor sexual femenino el cual va disminuye en este periodo y repercute sobre la fase de excitación.

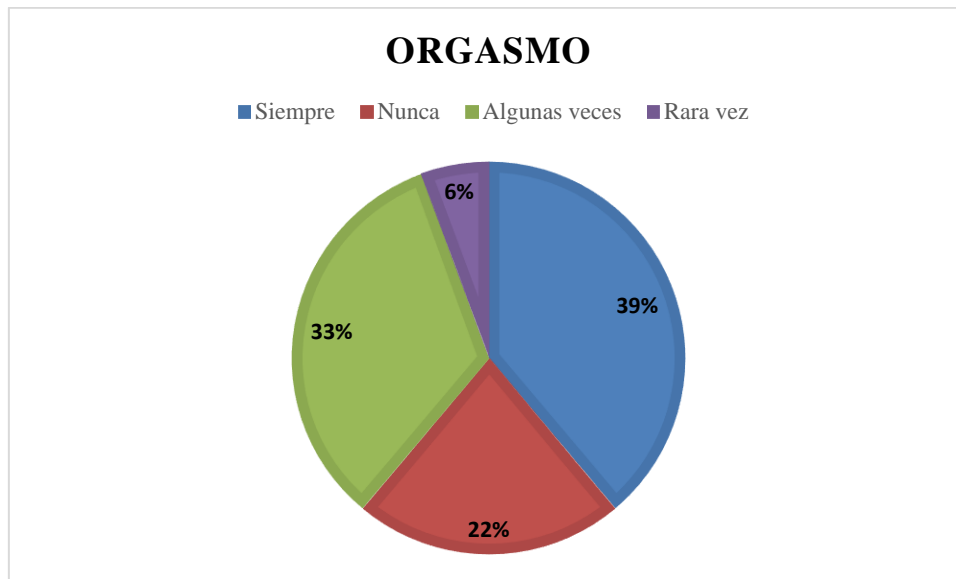
Ilustración 11. Deseo sexual



Fuente: Elaboración propia

Con relación al deseo sexual en nuestra muestra se aprecia que hubo una variación significativa durante el proceso de gestación disminuyendo su deseo sexual desde el primer trimestre hasta finalizar el proceso de gestación, estos datos difieren en el estudio realizado por García Romero , (2014), que refieren un aumento del deseo durante el segundo trimestre y el cual se mantenía así hasta finalizar la gestación. Y concuerda con el estudio realizado por Guibovich Mesinas, AnguloDelgado, & Luján Carpio, (2015) quienes observaron una reducción del deseo sexual con el paso de los trimestres.

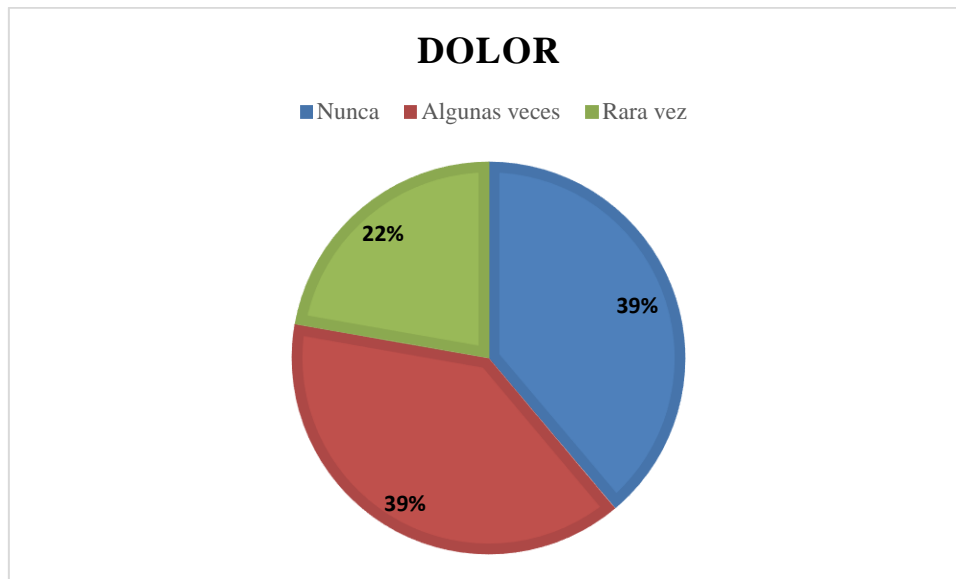
Ilustración 12. Orgasmo



Fuente: Elaboración propia

El 61% de las participantes dicen que algunas veces, rara vez o nunca, presentan orgasmos, lo que concuerda con lo planteado por Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) y García Romero , (2014) quienes observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada y sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse y la duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo, lo que genera un cambio en la respuesta sexual de la gestante, que genera molestia y dolor.

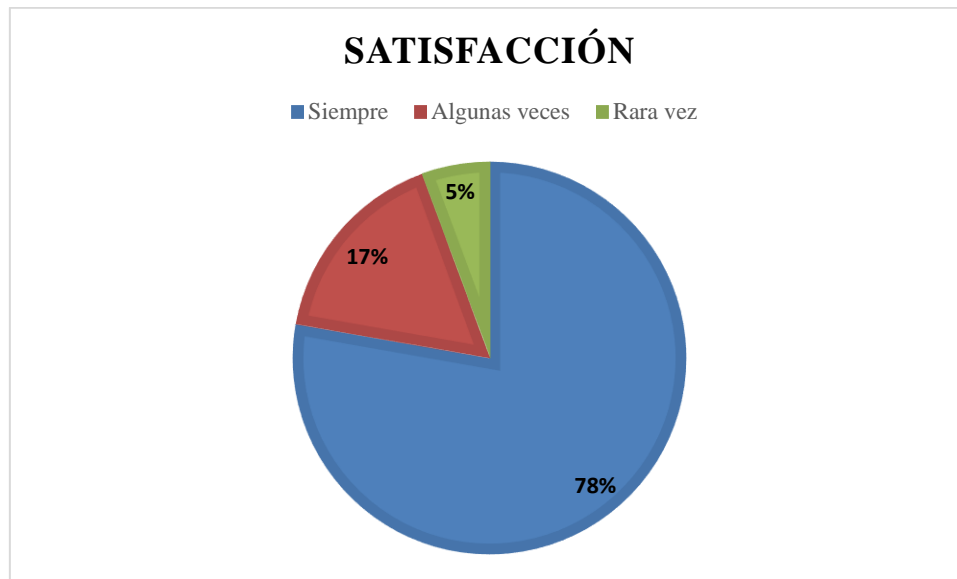
Ilustración 13 Gráfica Dolor



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al dolor , podemos evidenciar que el 61% de las participantes rara vez o alguna vez presentan dolor durante sus relaciones sexuales, lo que tiene relación con lo planteado por Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) quienes encontraron una respuesta dolorosa debida a la vaso congestión pelviana la cual resultaba más pronunciada, lo que ocasiona una sensación de dolor , y al finalizar el tercer semestre de gestación esta generaba una reducción de la abertura vaginal siendo está más marcada al punto de no permitir la penetración lo que generaba una sensación de discomfort en la gestante. Munares García & Álvaro Rodríguez, (2017) quienes en su estudio plantearon que 77,4% de las gestantes presentaban discomfort y dolor durante sus prácticas sexuales coitales.

Ilustración 14. Satisfacción

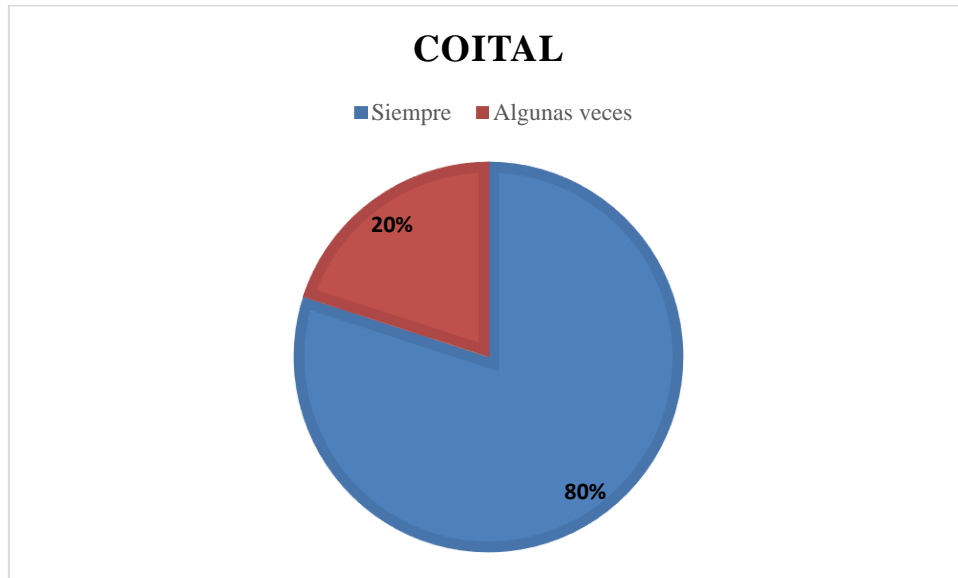


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la satisfacción podemos evidenciar que el 22%, de la muestra no siente satisfacción en sus relaciones sexuales, las cuales experimentan una disminución de estas por el dolor y los cambios físicos descritos anteriormente, sin embargo un 78% de la muestra refieren sentir satisfacción en sus relaciones sexuales, esto concuerda con lo planteado por González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015) los cuales refieren que el 89% encontraron satisfacción en sus relaciones sexuales durante la gestación.

### Prácticas sexuales.

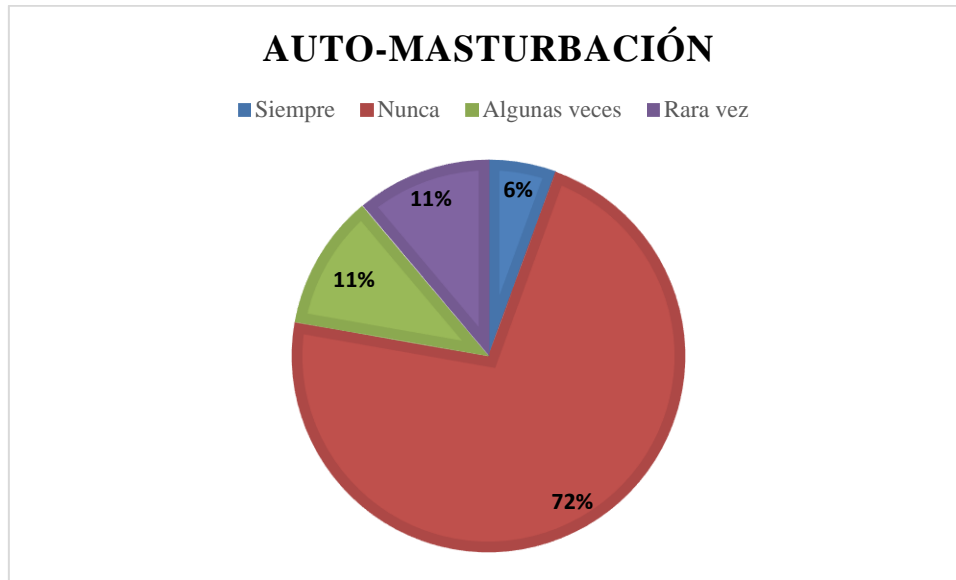
Ilustración 15. Coital



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las prácticas sexuales coitales el 80% de la muestra prefieren las prácticas sexuales coitales, lo cual concuerda con los estudios de González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015), los cuales refieren que el 72% de las gestantes prefieren el coito (vagina-pene).

Ilustración 16. Auto- masturbación



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la auto masturbación, se evidencia que un 28% la practican, lo cual concuerda con el estudio de González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015) dicen que para un 44,5% de las gestantes prefieren la auto masturbación durante sus relaciones sexuales, en este estudio se encuentra que una mayor proporción de mujeres se auto estimulan respecto a otros referentes de investigación, vale la pena resaltar que en nuestra población de gestantes, el 72% refirieron nunca auto masturbarse, esto en correlación a las tradiciones descritas con anterioridad y el tipo de población abordada.

Ilustración 17. Masturbación en pareja



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la masturbación en pareja un 56% de la practican algunas veces, rara vez o siempre, esto responde a lo planteado por Masters, Johnson, & Kolodny, (1991) en el que afirman que es una práctica sexual usual en las parejas gestantes como un complemento de estimulación y reconocimiento del otro, que se combina con otras prácticas sexuales, durante la relación sexual.



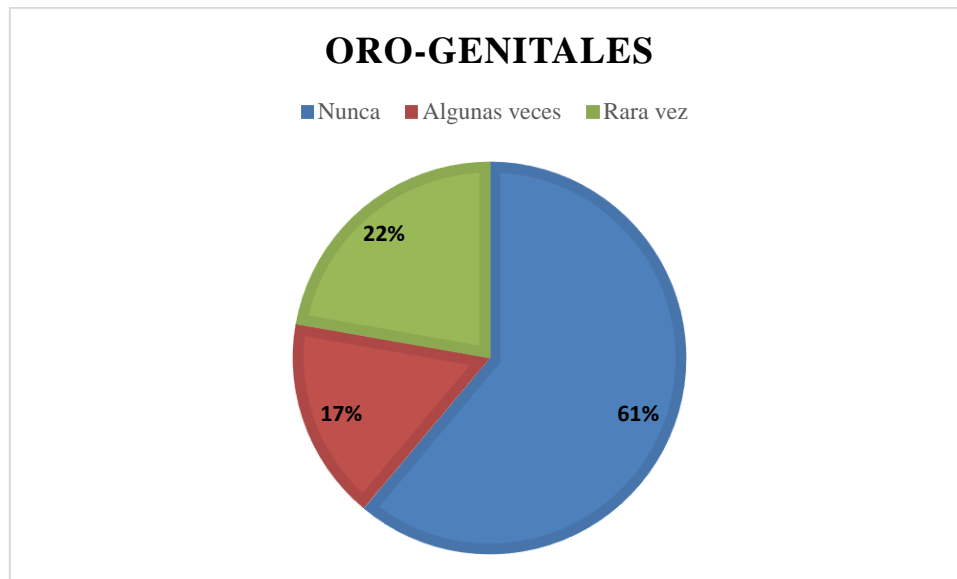
Ilustración 18. Penetración anal



Fuente: Elaboración propia

El 78 % de la población manifiesta no realizar Nunca esta práctica sexual, esto se puede dar debido a vergüenza, miedo a la discriminación, identificación del sexo anal con la orientación sexual que pueden dificultar esta práctica sexual y también puede estar dado por el tipo de población a la que se le realizó el cuestionario.

Ilustración 19. Oro- Genitales

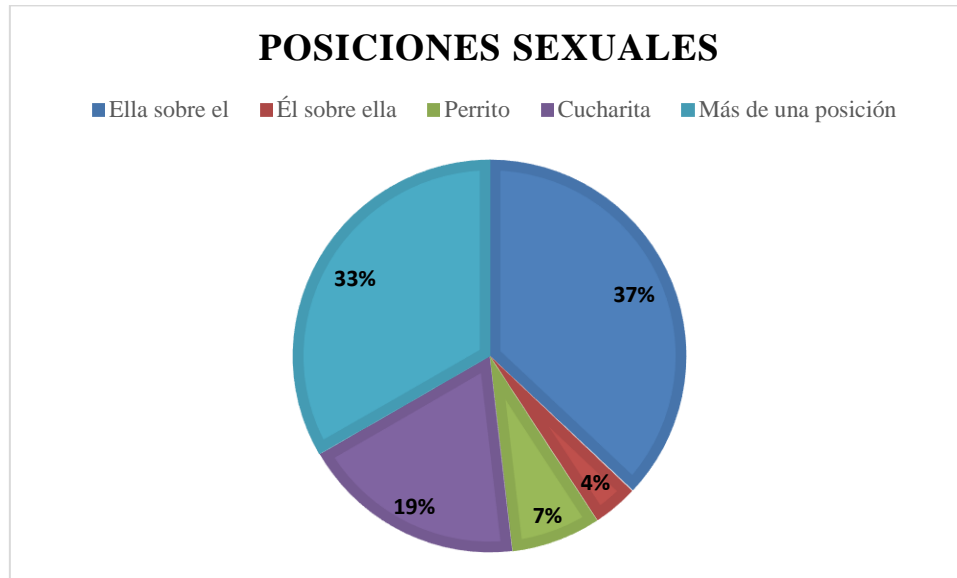


Fuente: Elaboración propia

Con relación a las prácticas sexuales oro genitales el 39% de la muestra rara vez o algunas veces la, concuerda con el estudio González Sánchez, García Mirás, Llibre Guerra, García Arjona, & Perera Boza, (2015), en el que el 27% de las gestantes las practican, siguiendo esta poco practicada por las gestantes durante el proceso de gestación.

## Posiciones sexuales

Ilustración 20. Posiciones sexuales



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las posiciones sexuales más utilizadas por las gestantes, en el primer trimestre es de ella sobre él, seguido de lado o (posición cucharita), y en el tercer trimestre la posición de lado siendo la más utilizada, lo que concuerda con el estudio de Guibovich Mesinas, AnguloDelgado, & Luján Carpio, (2015), con relación a su estudio las gestantes tienen una tendencia marcada a adoptar la posición de lado a mayor edad gestacional. Cabe la pena resaltar que en el último trimestre se evidencia la combinación de más de dos posiciones durante la actividad sexual.

## Conclusiones

La población participante tiene un rango de edad entre 16 y 35 años, en la cual predomina el bachillerato como nivel de escolaridad, la mayor parte de la población vive en zona rural y se encuentran en el segundo y tercer trimestre de gestación.

La población participante tiene relaciones sexuales de 1 a 2 veces por semana, generalmente la iniciativa es de pareja, sin embargo, en la respuesta sexual humana se evidencia que las participantes en bajos porcentajes presentan deseo sexual, lubricación, excitación, orgasmos, un porcentaje elevado presenta dolor al momento de tener relaciones sexuales, a pesar de los resultados obtenidos un alto porcentaje de gestantes manifiestan sentirse satisfechas con las relaciones sexuales.

Las prácticas sexuales más utilizadas son coitales, un porcentaje mínimo practica la auto- masturbación y la masturbación en pareja, y un porcentaje elevado nunca ha practicado penetración anal ni prácticas oro genitales en pareja.

En cuanto a las posiciones adoptadas la posición que predomina es ella sobre él, sin embargo, hay un porcentaje importante que manifiesta practicar más de una posición que puede ser él sobre ella, coito por detrás, o penetración de lado.

La sexualidad, a pesar de ser un componente básico en el comportamiento humano, hoy en día sigue siendo un tabú, negando a muchas personas disfrutar y explorar su sexualidad plenamente, siendo la etapa del embarazo una de las más afectadas por desconocimiento frente a la práctica de la misma, lo cual está ligado a la edad, nivel de escolaridad, tipo de población, y lugar de procedencia.

### **Limitaciones**

Durante el desarrollo de este trabajo de investigación encontramos unas limitaciones metodológicas como lo fueron:

Tamaño de la muestra: debido a que muchas de las gestantes eran de veredas aledañas al pueblo y no lograban llegar fácilmente al municipio.

Falta de estudios previos de investigación respecto a las conductas sexuales de las maternas, la información que se encuentra sobre el tema es muy poca o si se encuentra dejan resultados inconclusos.

Limitaciones de los investigadores:

Difícil acceso a las gestantes en diferentes instituciones de salud, fue negado el aval para poder realizar la investigación.

Efectos longitudinales ya que el trabajo de investigación se debe entregar durante el desarrollo de las prácticas contamos con poco tiempo para su terminación, debido a múltiples trabajos que se deben entregar en las prácticas formativas, y no asignación de asesores de tesis, lo cual no nos permite tener asesorías estructuradas e individuales.

## **Recomendaciones**

Se recomienda realizar el estudio con una población más grande, para generar mayor impacto en la comunidad.

Se recomienda realizar más estudios sobre las conductas sexuales de gestantes en Colombia.

Dentro de la ruta integral de atención materno perinatal están los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, en ellos hay una sesión correspondiente a la sexualidad durante la gestación, durante nuestras prácticas formativas, logramos evidenciar que no hacen énfasis en este tema o simplemente no se toma en cuenta, por ello es necesaria la realización de intervenciones educativas de calidad por parte del personal de enfermería, que permitan brindar información clara y concisa a las gestantes.

Se recomienda dar continuidad a la investigación sobre conductas sexuales enfocadas en sus necesidades emocionales.

Profundizar sobre la violencia sexual en este grupo poblacional, puesto que los resultados obtenidos evidencian índices de violencia sexual no manifestada.

## Bibliografía

- Álvares Leño , R. K., Gutiérrez Fajardo, Y., & Velásquez Ríos, D. L. (2016). Vivencias de la sexualidad durante el embarazo. *Pontificia Javeriana*.
- Bustamante-Zuluaga, C., Parra Anaya, G., Díaz Yunez, I., Vergara Quintero, F., & De Nubbila Lizcano, E. (2011). Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 315-320.
- Carta Peña, M., & González Blanco, M. (2016). Función y patrón sexual: características. *Revista obstetrica ginecologica Venezolana* .
- Colombiano, M. d. (2019). *Ministerio de salud* . Obtenido de Ministerio de salud :  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/home-salud-sexual.aspx>
- Fagetti, A. (2002). Pureza sexual y patrilocalidad: el modelo. *Alteridades*, 33-40.
- García Romero , M. (2014). *Sexualidad en el periodo gestacional*. Obtenido de Uca:  
<https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>
- González Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- González Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (2001). Sexualidad Femenina durante la gestación . *Revista Cubana de Medicina Integral* .
- González Sánchez, A., García Mirás, R., Llibre Guerra, J., García Arjona, L., & Perera Boza, O. (2015). Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*.
- Guibovich Mesinas, A., AnguloDelgado, T., & Luján Carpio, E. (2015). Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*.
- Gutiérrez Teira, B. (2010). La respuesta sexual humana. *Amf*.
- Institución Amiga de la mujer y la infancia. (2009). *Manual curso psicoprofilactico*. Obtenido de Manual curso psicoprofilactico:  
<https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/5%20Intervencion>



%20Comunitaria/2%20Subprocesos/2%20IAMI/2%20Manuales/EIC-S2M3-V1Curso\_Psicoprofilactico.pdf

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1991). *La Sexualidad Humana*. Grijalbo.

Ministerio de Protección Social. (Febrero de 2003). *Política Nacional de Salud sexual y*

*Reproductiva*. Obtenido de Política Nacional de Salud sexual y Reproductiva:

[https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061\\_archivo\\_pdf\\_politicaSSR.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf)

Ministerio de salud . (2015). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en salud*, . Obtenido de

Derechos sexuales y derechos reproductivos en salud, :

[minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/derechos-sexuales-derechos-reproductivos-r1904-2017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/derechos-sexuales-derechos-reproductivos-r1904-2017.pdf)

Ministerio de salud . (2019). *Rutas de atención en Salud*. Obtenido de Rutas de atención en

Salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993*. Obtenido de Resolución número 8430 de 1993:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de salud. (2013). Guía practica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de embarazo, parto y puerperio. *Ministerio de Salud* , 28.

Ministerio de Salud. (2016). *Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones*.

Obtenido de Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2016-09\\_cuadernillo-anal.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2016-09_cuadernillo-anal.pdf)

Ministerio de Salud pública. (s.f.). *Clasificación de riesgo obstetrico* . Obtenido de Clasificación de riesgo obstetrico :

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>

Ministerio de Salud y proteccion social. (2018). *Lineamiento técnico y operativo de la ruta*

*integral de atención en salud* . Obtenido de Lineamiento técnico y operativo de la ruta

integral de atención en salud : <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/03/Lineamiento-Ruta-materno-perinatal.docx>

Montoya Cardona, D. P., & Rodríguez Jiménez, O. R. (2008). una aproximación a la asociación entre prácticas sexuales y características sociodemográficas de un grupo de estudiantes universitarios usando el método de correlacion canónica. *Avances en Medición*, 53-66.

Moreno Segura, C. M. (2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

Munares García, Ó., & Álvaro Rodríguez, F. (2017). Prácticas sexuales en gestantes peruanas . *Salud Materno Fetal* .

Organización mundial de la salud . (2019). *OMS*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es>

Perfetti, M. (27 de Agosto de 2003). *Estudio sobre la educación para la población rural en Colombia*. Obtenido de Estudio sobre la educación para la población rural en Colombia: [file:///C:/Users/natal/Downloads/estudio\\_educacion\\_poblacion\\_rural\\_colombia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/natal/Downloads/estudio_educacion_poblacion_rural_colombia%20(1).pdf)

Ramos Rincón, A. C. (2015). Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas profesion*, 103-107.

Rodríguez Bustos, C. (2006). La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología. *Medicina Naturista*.

Salud, I. N. (2019). *Informe de evento Sífilis gestacional y sífilis congénita* . Obtenido de Informe de evento Sífilis gestacional y sífilis congénita .

Salud, I. N. (15 de Agosto de 2019). *Informe de evento VIH*. Obtenido de Informe de evento VIH : [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx?Paged=TRUE&p\\_GroupCol1=Varicela&PageFirstRow=61&&View=%7B53B394D9-1B59-4486-827A-D52877DE1891%7D](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx?Paged=TRUE&p_GroupCol1=Varicela&PageFirstRow=61&&View=%7B53B394D9-1B59-4486-827A-D52877DE1891%7D)

Soria Becerril, B. C. (2012). *ual*. Obtenido de ual: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence>

Universidad ECCI . (6 de Julio de 2016). *Reglamento de propiedad intelectual*. Obtenido de Resolucion No 06: <https://www.ecci.edu.co> > Bogota > file > download

Presentación de la encuesta									
<p>Se agradece a usted su participación en la presente investigación sobre "Conductas sexuales en las gestantes", realizada como parte de un proyecto de investigación de grado de las estudiantes de enfermería de Octavo semestre de la escuela Colombiana de Carreras Industriales. Universidad ECCI. Se le agradece su sinceridad.</p>									
Datos sociodemográficos									
Número de identificación:				CC		Mes		Año	
Fecha de Nacimiento:				Edad:		Sexo:		Zona:	
Lugar de Nacimiento:				Estado Civil:		Estrato:		Raza:	
Nivel de Escolaridad:				Ocupación:		Raza:		Estrato:	
Dirección de residencia:				Lugar de Residencia:		Raza:		Estrato:	
Departamento:				Municipio:		Lugar de Residencia:		Estrato:	
¿Con quién vive?				Edad de su pareja:		Raza:		Estrato:	
Ocupación de su pareja:				Edad de su pareja:		Raza:		Estrato:	
Nivel de Escolaridad de su pareja:				Edad de su pareja:		Raza:		Estrato:	
Cuestionario Cambios de la respuesta sexual en la gestación									
Respuesta Sexual en la gestación									
Marque con una X según corresponda su respuesta									
¿Con que frecuencia tiene usted relaciones sexuales?									
Mensual		1 vez cada 15 días		1 vez por semana		2 veces por semana		3 veces por semana	
Interdiario		Diario							
¿Quién toma la iniciativa para las relaciones sexuales?									
Mujer		Hombre		De Pareja					
¿Usted y su pareja practican preliminares para la relación sexual?									
Sí		No		Rara vez		¿cuales?			
Respuesta Sexual									
¿Usted ha experimentado deseo sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted se siente exitada en la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted tiene lubricación durante la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted llega al orgasmo durante la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted siente satisfacción durante la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted presenta dolor durante la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
Tipo de práctica sexual									
¿Usted tiene relaciones sexuales coitales (vagina- pene)?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted practica automasturbación durante?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted practica la masturbación en pareja?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted practica penetración anal durante la relación sexual?				siempre		nunca		algunas veces	
¿Usted tiene practicas orogenitales?				siempre		nunca		algunas veces	
Posiciones Sexuales									
¿Qué posiciones practica durante la relación sexual?									
Ella sobre él		Él sobre ella		Coito por detrás (Estilo perrito)		De lado (Posición cucharita)		Más de una posición	

## B. Consentimiento informado



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “CONDUCTAS SEXUALES DURANTE LA  
GESTACION”.**

Usted ha sido invitado(a) a participar del proyecto de investigación “**Conductas sexuales durante la gestación**” que se desarrolla como trabajo de grado del programa de enfermería de la Universidad ECCI, por esta razón, es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el proyecto de manera que le permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda que surja al respecto, le será aclarada por las enfermeras en formación **NATALIA BENITEZ** identificada con cedula de ciudadanía 1019135513 **LEIDY ROBAYO** identificada con cedula de ciudadanía 1.033.769.126 y **DEICY VILLAMIL** identificada con cédula de ciudadanía 1.019.031.411, quienes actúan en este trabajo como investigadoras principales y son estudiantes del programa mencionado anteriormente. Igualmente, este trabajo se encuentra asesorado por el docente del programa ~~Enf. Msc.~~ **JENNY PAOLA BLANCO SANCHEZ**.

El objetivo del proyecto es identificar la conducta sexual de las gestantes que asisten a los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad en un municipio de Cundinamarca.

La decisión de participar en esta investigación es voluntaria e individual. Usted podrá retirarse en cualquier momento y su decisión no generará ningún inconveniente para la investigación, de la misma manera será respetada. Su participación no genera ningún riesgo, puesto que no se realizará ningún tipo de intervención que atente contra su vida, su integridad o la de su bebé, igualmente su participación no tendrá ningún costo, ni recibirá, ningún tipo de beneficio económico, político o laboral como incentivo por su participación. El beneficio social del presente proyecto, será brindarle información relacionada con su sexualidad para su pleno goce durante la gestación.

Con la firma del presente documento se garantiza total confidencialidad de la información que usted esté suministrando y se protegerá su identidad. Los datos obtenidos serán usados exclusivamente por el equipo investigador y será con fines académicos que aporten al desarrollo del proyecto mencionado; una vez se finalice la investigación, los resultados serán conocidos por usted y por la institución y podrán ser divulgados en eventos científicos de carácter nacional o internacional o divulgados en revistas científicas.

En caso de aceptar la invitación a participar en este proyecto, los datos serán recolectados en la institución de salud a la que asiste actualmente, en donde las investigadoras realizarán una encuesta estructurada la cual tomará de 15 a 20 minutos aproximadamente.]



## DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo \_\_\_\_\_, declaro que he recibido toda la información relacionada con el proyecto de investigación titulado “**Conductas sexuales durante la gestación**” y se me han explicado los objetivos, el propósito, los beneficios y riesgos de la investigación, se me ha permitido realizar preguntas acerca del proyecto y me han aclarado las dudas presentadas; por esta razón he decidido participar de manera libre, voluntaria y autónoma en esta investigación.

Entiendo que la información que yo suministre será manejada de manera confidencial, no será manejada con ningún otro fin diferente al académico, podré realizar las preguntas que me surjan en cualquier momento y que puedo retirarme de la investigación cuando lo decida, sin que esto conlleve algún daño para mí, para mi bebé o para la investigación.

Firma de la participante

Firma del investigador

Nombre del participante

Nombre del Investigador

C.C.

C.C.

Se puede comunicar con las investigadoras **NATALIA BENITEZ, LEIDY ROBAYO Y DEICY VILLAMIL** a través de los teléfonos: 3142012014, 3115896631 y 3127759181. e-mail: [natalia.benitezr@ecci.edu.co](mailto:natalia.benitezr@ecci.edu.co), [leidvg.robayos@ecci.edu.co](mailto:leidvg.robayos@ecci.edu.co) y [deicyv.villamil@ecci.edu.co](mailto:deicyv.villamil@ecci.edu.co)